



Ma Santé 200% Néo

Contacter l'agence AXA : 04 92 40 18 00 ou via le [site web](#).

[Simuler gratuitement un remboursement](#)

Règles générales applicables aux garanties

Les mots ou expressions soulignés sont définis dans le lexique de vos Conditions générales ou de votre Notice d'information.

Bien comprendre votre tableau de garanties

Nous prenons en charge uniquement les frais qui ont préalablement donné lieu à un remboursement par votre régime obligatoire d'assurance maladie français sauf lorsque cela est explicitement mentionné dans le tableau de garanties.

Vos garanties sont exprimées en pourcentage de la base de remboursement de la Sécurité sociale, en forfait en Euro ou en une combinaison des deux.

■ Les pourcentages intègrent les remboursements de votre régime obligatoire d'assurance maladie. Notre remboursement couvre la différence entre le taux remboursé par la Sécurité sociale et le taux affiché.

■ Les forfaits exprimés en Euro s'entendent **par assuré**. Lorsqu'ils sont définis par an, il s'agit de l'année d'assurance. Ils viennent en complément des remboursements de votre régime obligatoire d'assurance maladie français sauf indication spécifique. Ces forfaits ne sont pas reportables d'une année sur l'autre.

Les garanties "100% santé" et les garanties à tarifs limités ou libres ne se cumulent pas.

Les garanties du tableau sont explicitées dans vos Conditions générales ou votre Notice d'information.

Bon à savoir

- Le total des remboursements que vous percevez ne peut en aucun cas dépasser les frais réels engagés.
- La participation forfaitaire ainsi que les franchises sur les médicaments, sur les actes effectués par un auxiliaire médical et sur les transports ne sont pas prises en charge.
- Si vous ne respectez pas le parcours de soins, nous ne prenons pas en charge l'ensemble des pénalités appliquées par la Sécurité sociale (majoration du ticket modérateur, augmentation autorisée des tarifs conventionnels).

Des exclusions et des limitations de garanties générales sont indiquées dans vos Conditions générales ou votre Notice d'information. Pour les soins à l'étranger, se reporter à la rubrique « Soins à l'étranger » dans vos Conditions générales ou votre Notice d'information.

HOSPITALISATION

Honoraires

Honoraires des médecins (y compris chirurgiens) ayant adhéré à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (DPTAM)	1 ^{re} année	220% ⁽¹⁾
	2 ^e année et +	400% ⁽¹⁾
Honoraires des médecins (y compris chirurgiens) n'ayant pas adhéré à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (DPTAM)	1 ^{re} année	200% ⁽¹⁾
	2 ^e année et +	200% ⁽¹⁾

⁽¹⁾ 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 à la souscription du contrat et lors de l'ajout d'un bénéficiaire à l'exception des nouveau-nés.

Frais de séjour

Ticket modérateur sur le prix de journée ou sur les actes peu coûteux, participation forfaitaire pour les actes coûteux

- En établissement conventionné
- En établissement non conventionné

Frais réels

100%

Forfait journalier hospitalier

Forfait journalier hospitalier

Frais réels

Chambre particulière et lit pour accompagnant

Chambre particulière non remboursée par la Sécurité sociale (dans la limite de 30 jours par année d'assurance en moyen séjour)

- avec nuitée
- sans nuitée (en ambulatoire)

90 € /jour

45 € /jour

Lit pour accompagnant non remboursé par la Sécurité sociale

15 € /jour

Confort à l'hôpital

Télévision, connexion internet, téléphone (dans la limite de 30 jours par année d'assurance en moyen séjour)

10 € /jour

Hospitalisation à domicile (HAD)

Hospitalisation à domicile (HAD)

200%

SOINS COURANTS		
Honoraires médicaux		
Consultations, visites et actes (radio, petite chirurgie) de médecins généralistes et spécialistes ayant adhéré à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (DPTAM)		220%
Consultations, visites et actes (radio, petite chirurgie) de médecins généralistes et spécialistes n'ayant pas adhéré à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (DPTAM)		200%
Analyses et examens de laboratoire		
Examens médicaux (biologie, analyse médicale)		200%
Honoraires paramédicaux		
Auxiliaires médicaux (par exemple : infirmier et infirmière, sage-femme, kinésithérapeute, orthophoniste, orthoptiste)		200%
Médicaments		
Tout médicament remboursé par la Sécurité sociale		100%
Médicament prescrit et non remboursé par la Sécurité sociale		30 € /an
Matériel médical		
Prothèses, pansements, petits matériels et autres produits définis sur la Liste des Produits et Prestations remboursables de la Sécurité sociale (hors lunettes et aides auditives pour lesquelles se référer à leurs lignes spécifiques).		200%
Médecine douce et prévention		
Médecine douce (ostéopathe, chiropracteur, acupuncteur, pédicure-podologue) et psychothérapeute non remboursés par la Sécurité sociale		50 €/séance
- Nombre de séances remboursées toutes spécialités confondues	1 ^{re} , 2 ^e année	3 séances /an
	3 ^e année et +	6 séances /an
Forfait prévention		
- Sevrage tabagique : Tous les 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) même non remboursés par la Sécurité sociale		
- Vaccin antigrippe prescrit non remboursé par la Sécurité sociale		110 € /an
- Consultation diététicien non remboursée par la Sécurité sociale		
- Traitement DMLA par compléments en Oméga 3 prescrit par un médecin et non remboursé par la Sécurité sociale		
- Dépistage de l'ostéoporose prescrit par un médecin et non remboursé par la Sécurité sociale		
TRANSPORT SANITAIRE		
Transports prescrits pour l'hospitalisation ou la médecine de ville		200%
OPTIQUE		
La prise en charge des lunettes est limitée à une paire tous les 2 ans pour les personnes de 16 ans et plus et à une paire tous les ans pour les enfants de moins de 16 ans , sauf en cas d'évolution de la vue objectivée par une nouvelle prescription médicale ophtalmologique.		
Le montant remboursé pour un équipement (2 verres + une monture) est dans tous les cas limité aux plafonds définis par la réglementation des contrats responsables.		
Les forfaits en Euro sur les lunettes (verres ou montures) intègrent le remboursement de la Sécurité sociale et l'éventuel remboursement complémentaire des régimes locaux ou spéciaux (Alsace-Moselle, SNCF, etc.)		
Se reporter à vos Conditions générales ou à votre Notice d'information pour plus de précisions sur les conditions de renouvellement et sur la réglementation applicable.		
Equipements "100% santé"		
Lunettes "100% santé", verres et monture de classe A, telles que définies par la réglementation		Frais réels dans la limite des prix limites de vente définis par la réglementation
Lunettes à tarifs libres		
Verres de classe B		
La Grille optique C vous permet un remboursement sans reste à charge dans le réseau Itelis sur une sélection de verres et de traitements. Elle définit un forfait de remboursement par verre en fonction de leur correction en dehors du réseau Itelis. La Grille optique C est décrite en annexe de ce document.		Grille optique C
Monture de classe B		100 € pour la monture
Lentilles		
Les lentilles prescrites sont prises en charge même si non remboursées par la Sécurité sociale. Le ticket modérateur des lentilles remboursées par la Sécurité sociale est pris en charge même si le forfait annuel est épuisé.		300 € /an
Chirurgie réfractive		
Opération de la myopie, de l'hypermétropie, de l'astigmatisme et de la presbytie par laser, non remboursée par la Sécurité sociale		390 €/œil

DENTAIRE		
Soins		
Consultations et soins dentaires (hors inlays-onlays d'obturation), chirurgie et parodontologie remboursée		200%
Prothèses		
Prothèses à tarifs limités, prothèses à tarifs libres, inlays-onlays d'obturation		
Les prothèses à tarifs limités et les prothèses à tarifs libres sont définies par la réglementation. Pour les prothèses à tarifs limités, notre garantie ne peut dépasser les honoraires limites de facturation réglementaires.	1 ^{re} , 2 ^e année	100% + 420 €/an
Les prothèses à tarifs limités incluent certaines couronnes céramo-métalliques sur deuxièmes prémolaires et molaires ; les prothèses à tarifs libres incluent certaines couronnes céramo-céramiques (se reporter à vos Conditions générales ou à votre Notice d'information pour trouver plus d'exemples et les références précises à la réglementation).	3 ^e année	100% + 500 €/an
Le forfait en Euro est utilisable pour les implants et la parodontologie non remboursés par la Sécurité sociale.	4 ^e année et +	100% + 550 €/an
Soins et prothèses "100% santé"		
Les soins et prothèses "100% santé" sont définis par la réglementation. Ces prothèses incluent certaines couronnes céramo-métalliques sur incisives, canines et premières prémolaires, certaines couronnes métalliques sur les autres dents (se reporter à vos Conditions générales ou à votre Notice d'information pour trouver plus d'exemples et les références précises à la réglementation).		Frais réels dans la limite des honoraires limites de facturation définis par la réglementation
Orthodontie		
Orthodontie (versé par semestre)	1 ^{re} , 2 ^e année	270 €/sem. (soit 540 €/an)
Le forfait en Euro est utilisable pour l'orthodontie adulte même non remboursée par la Sécurité sociale.	3 ^e année	300 €/sem. (soit 600 €/an)
	4 ^e année et +	350 €/sem. (soit 700 €/an)
AIDES AUDITIVES		
La prise en charge des aides auditives est limitée à un équipement par oreille tous les 4 ans. Ce délai de renouvellement s'entend pour chaque oreille indépendamment.		
Le remboursement d'une aide auditive ne peut pas excéder 1 700 €. Conformément à la réglementation, ce plafond de 1 700 € est calculé en y incluant le remboursement du régime obligatoire et le remboursement complémentaire éventuel des régimes locaux ou spéciaux (Alsace-Moselle, SNCF, etc.), .		
Equipements "100% santé"		
Les aides auditives "100% santé" (classe I) sont définies par la réglementation (se reporter à vos Conditions générales ou à votre Notice d'information).		Frais réels dans la limite des prix limites de vente définis par la réglementation
Aides auditives à tarifs libres		
Aides auditives à tarifs libres (classe II)		860 €/oreille
Accessoires		
Accessoires, entretien et piles pour appareil auditif		200%
CURE THERMALE		
Forfait de surveillance thermale ou pratiques médicales complémentaires par un médecin ayant adhéré à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (DPTAM)		220%
Forfait de surveillance thermale ou pratiques médicales complémentaires par un médecin n'ayant pas adhéré à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (DPTAM)		200%
Forfait thermal		200%
Frais d'hébergement et de transport, même si non remboursés par la Sécurité sociale, la cure étant remboursée par la Sécurité sociale		200 €/an
ASSISTANCE		
La description ci-dessous est un résumé des garanties d'assistance. Se référer à vos Conditions générales ou votre Notice d'information pour avoir la description complète des garanties, des limitations et des conditions d'utilisation.		
Aide-ménagère suite à une hospitalisation de plus de 24 heures et par dérogation dans les cas prévus dans vos Conditions générales ou votre Notice d'information		Dans la limite de 40 heures par an
Garde-malade suite à une hospitalisation de plus de 24 heures		Une fois par an dans la limite de 40 heures
Garde-enfants pendant une hospitalisation de plus de 24 heures		Une fois par an dans la limite de 40 heures
Garde-animaux pendant une hospitalisation de plus de 24 heures		Une fois par an dans la limite de 250 €
Soutien scolaire suite à une immobilisation au domicile ou une hospitalisation		12 semaines par an dans la limite de 15 heures par semaine
Garde personne dépendante		Une fois par an dans la limite de 20 heures et de 500 €

Document non contractuel

AXA France Vie - S.A. au capital de 487 725 073,50 € - RCS Nanterre 310 499 959 - TVA intracommunautaire n° FR 62 310 499 959. AXA Assurances Vie Mutuelle - Société d'assurance mutuelle sur la vie et de capitalisation à cotisations fixes - Siren 353 457 245 - TVA intracommunautaire n° FR 48 353 457 245. AXA France IARD - S.A. au capital de 214 799 030 € - RCS Nanterre 722 057 460 - TVA intracommunautaire n° FR 14 722 057 460. AXA Assurances IARD Mutuelle - Société d'assurance mutuelle à cotisations fixes contre l'incendie, les accidents et risques divers - Siren 775 699 309 - TVA intracommunautaire n° FR 39 775 699 309. Sièges sociaux : 313, Terrasses de l'Arche 92727 Nanterre Cedex. Entreprises régies par le Code des assurances.



Ma Santé 200% Néo

avec **Module Optique & Dentaire**

Contacter l'agence AXA : 04 92 40 18 00 ou via le [site web](#).

[Simuler gratuitement un remboursement](#)

Règles générales applicables aux garanties

Les mots ou expressions soulignés sont définis dans le lexique de vos Conditions générales ou de votre Notice d'information.

Bien comprendre votre tableau de garanties

Nous prenons en charge uniquement les frais qui ont préalablement donné lieu à un remboursement par votre régime obligatoire d'assurance maladie français sauf lorsque cela est explicitement mentionné dans le tableau de garanties.

Vos garanties sont exprimées en pourcentage de la base de remboursement de la Sécurité sociale, en forfait en Euro ou en une combinaison des deux.

■ Les pourcentages intègrent les remboursements de votre régime obligatoire d'assurance maladie. Notre remboursement couvre la différence entre le taux remboursé par la Sécurité sociale et le taux affiché.

■ Les forfaits exprimés en Euro s'entendent **par assuré**. Lorsqu'ils sont définis par an, il s'agit de l'année d'assurance. Ils viennent en complément des remboursements de votre régime obligatoire d'assurance maladie français sauf indication spécifique. Ces forfaits ne sont pas reportables d'une année sur l'autre.

Les garanties "100% santé" et les garanties à tarifs limités ou libres ne se cumulent pas.

Les garanties du tableau sont explicitées dans vos Conditions générales ou votre Notice d'information.

Bon à savoir

- Le total des remboursements que vous percevez ne peut en aucun cas dépasser les frais réels engagés.
- La participation forfaitaire ainsi que les franchises sur les médicaments, sur les actes effectués par un auxiliaire médical et sur les transports ne sont pas prises en charge.
- Si vous ne respectez pas le parcours de soins, nous ne prenons pas en charge l'ensemble des pénalités appliquées par la Sécurité sociale (majoration du ticket modérateur, augmentation autorisée des tarifs conventionnels).

Des exclusions et des limitations de garanties générales sont indiquées dans vos Conditions générales ou votre Notice d'information. Pour les soins à l'étranger, se reporter à la rubrique « Soins à l'étranger » dans vos Conditions générales ou votre Notice d'information.

HOSPITALISATION

Honoraires

Honoraires des médecins (y compris chirurgiens) ayant adhéré à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (DPTAM)	1 ^{re} année	220% ⁽¹⁾
	2 ^e année et +	400% ⁽¹⁾
Honoraires des médecins (y compris chirurgiens) n'ayant pas adhéré à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (DPTAM)	1 ^{re} année	200% ⁽¹⁾
	2 ^e année et +	200% ⁽¹⁾

⁽¹⁾ 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 à la souscription du contrat et lors de l'ajout d'un bénéficiaire à l'exception des nouveau-nés.

Frais de séjour

Ticket modérateur sur le prix de journée ou sur les actes peu coûteux, participation forfaitaire pour les actes coûteux

- En établissement conventionné
- En établissement non conventionné

Frais réels

100%

Forfait journalier hospitalier

Forfait journalier hospitalier

Frais réels

Chambre particulière et lit pour accompagnant

Chambre particulière non remboursée par la Sécurité sociale (dans la limite de 30 jours par année d'assurance en moyen séjour)

- avec nuitée
- sans nuitée (en ambulatoire)

90 € /jour

45 € /jour

Lit pour accompagnant non remboursé par la Sécurité sociale

15 € /jour

Confort à l'hôpital

Télévision, connexion internet, téléphone (dans la limite de 30 jours par année d'assurance en moyen séjour)

10 € /jour

Hospitalisation à domicile (HAD)

Hospitalisation à domicile (HAD)

200%

SOINS COURANTS		
Honoraires médicaux		
Consultations, visites et actes (radio, petite chirurgie) de médecins généralistes et spécialistes ayant adhéré à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (DPTAM)		220%
Consultations, visites et actes (radio, petite chirurgie) de médecins généralistes et spécialistes n'ayant pas adhéré à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (DPTAM)		200%
Analyses et examens de laboratoire		
Examens médicaux (biologie, analyse médicale)		200%
Honoraires paramédicaux		
Auxiliaires médicaux (par exemple : infirmier et infirmière, sage-femme, kinésithérapeute, orthophoniste, orthoptiste)		200%
Médicaments		
Tout médicament remboursé par la Sécurité sociale		100%
Médicament prescrit et non remboursé par la Sécurité sociale		30 € /an
Matériel médical		
Prothèses, pansements, petits matériels et autres produits définis sur la Liste des Produits et Prestations remboursables de la Sécurité sociale (hors lunettes et aides auditives pour lesquelles se référer à leurs lignes spécifiques).		200%
Médecine douce et prévention		
Médecine douce (ostéopathe, chiropracteur, acupuncteur, pédicure-podologue) et psychothérapeute non remboursés par la Sécurité sociale		50 €/séance
- Nombre de séances remboursées toutes spécialités confondues	1 ^{re} , 2 ^e année 3 ^e année et +	3 séances /an 6 séances /an
Forfait prévention		
- Sevrage tabagique : Tous les 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) même non remboursés par la Sécurité sociale		
- Vaccin antigrippe prescrit non remboursé par la Sécurité sociale		110 €/an
- Consultation diététicien non remboursée par la Sécurité sociale		
- Traitement DMLA par compléments en Oméga 3 prescrit par un médecin et non remboursé par la Sécurité sociale		
- Dépistage de l'ostéoporose prescrit par un médecin et non remboursé par la Sécurité sociale		
TRANSPORT SANITAIRE		
Transports prescrits pour l'hospitalisation ou la médecine de ville		200%
OPTIQUE		
La prise en charge des lunettes est limitée à une paire tous les 2 ans pour les personnes de 16 ans et plus et à une paire tous les ans pour les enfants de moins de 16 ans , sauf en cas d'évolution de la vue objectivée par une nouvelle prescription médicale ophtalmologique.		
Le montant remboursé pour un équipement (2 verres + une monture) est dans tous les cas limité aux plafonds définis par la réglementation des contrats responsables.		
Les forfaits en Euro sur les lunettes (verres ou montures) intègrent le remboursement de la Sécurité sociale et l'éventuel remboursement complémentaire des régimes locaux ou spéciaux (Alsace-Moselle, SNCF, etc.)		
Se reporter à vos Conditions générales ou à votre Notice d'information pour plus de précisions sur les conditions de renouvellement et sur la réglementation applicable.		
Equipements "100% santé"		
Lunettes "100% santé", verres et monture de classe A, telles que définies par la réglementation		Frais réels dans la limite des prix limites de vente définis par la réglementation
Lunettes à tarifs libres		
Verres de classe B		
La Grille optique D vous permet un remboursement sans reste à charge dans le réseau Itelis sur une sélection de verres et de traitements. Elle définit un forfait de remboursement par verre en fonction de leur correction en dehors du réseau Itelis. La Grille optique D est décrite en annexe de ce document.		Grille optique D
Monture de classe B		100 € pour la monture
Lentilles		
Les lentilles prescrites sont prises en charge même si non remboursées par la Sécurité sociale. Le ticket modérateur des lentilles remboursées par la Sécurité sociale est pris en charge même si le forfait annuel est épuisé.		350 €/an
Chirurgie réfractive		
Opération de la myopie, de l'hypermétropie, de l'astigmatisme et de la presbytie par laser, non remboursée par la Sécurité sociale	1 ^{re} , 2 ^e année 3 ^e année et +	400 €/œil 600 €/œil

DENTAIRE		
Soins		
Consultations et soins dentaires (hors inlays-onlays d'obturation), chirurgie et parodontologie remboursée		200%
Prothèses		
Prothèses à tarifs limités, prothèses à tarifs libres, inlays-onlays d'obturation		
Les prothèses à tarifs limités et les prothèses à tarifs libres sont définies par la réglementation. Pour les prothèses à tarifs limités, notre garantie ne peut dépasser les honoraires limites de facturation réglementaires.	1 ^{re} , 2 ^e année	100% + 560 € /an
Les prothèses à tarifs limités incluent certaines couronnes céramo-métalliques sur deuxièmes prémolaires et molaires ; les prothèses à tarifs libres incluent certaines couronnes céramo-céramiques (se reporter à vos Conditions générales ou à votre Notice d'information pour trouver plus d'exemples et les références précises à la réglementation).	3 ^e année	100% + 760 € /an
Le forfait en Euro est utilisable pour les implants et la parodontologie non remboursés par la Sécurité sociale.	4 ^e année et +	100% + 900 € /an
Soins et prothèses "100% santé"		
Les soins et prothèses "100% santé" sont définis par la réglementation.		
Ces prothèses incluent certaines couronnes céramo-métalliques sur incisives, canines et premières prémolaires, certaines couronnes métalliques sur les autres dents (se reporter à vos Conditions générales ou à votre Notice d'information pour trouver plus d'exemples et les références précises à la réglementation).		Frais réels dans la limite des honoraires limites de facturation définis par la réglementation
Orthodontie		
Orthodontie (versé par semestre)	1 ^{re} , 2 ^e année	300 € /sem. (soit 600 € /an)
Le forfait en Euro est utilisable pour l'orthodontie adulte même non remboursée par la Sécurité sociale.	3 ^e année	350 € /sem. (soit 700 € /an)
	4 ^e année et +	400 € /sem. (soit 800 € /an)
AIDES AUDITIVES		
La prise en charge des aides auditives est limitée à un équipement par oreille tous les 4 ans. Ce délai de renouvellement s'entend pour chaque oreille indépendamment.		
Le remboursement d'une aide auditive ne peut pas excéder 1 700 €. Conformément à la réglementation, ce plafond de 1 700 € est calculé en y incluant le remboursement du régime obligatoire et le remboursement complémentaire éventuel des régimes locaux ou spéciaux (Alsace-Moselle, SNCF, etc.), .		
Equipements "100% santé"		
Les aides auditives "100% santé" (classe I) sont définies par la réglementation (se reporter à vos Conditions générales ou à votre Notice d'information).		Frais réels dans la limite des prix limites de vente définis par la réglementation
Aides auditives à tarifs libres		
Aides auditives à tarifs libres (classe II)		860 € /oreille
Accessoires		
Accessoires, entretien et piles pour appareil auditif		200%
CURE THERMALE		
Forfait de surveillance thermique ou pratiques médicales complémentaires par un médecin ayant adhéré à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (DPTAM)		220%
Forfait de surveillance thermique ou pratiques médicales complémentaires par un médecin n'ayant pas adhéré à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (DPTAM)		200%
Forfait thermal		200%
Frais d'hébergement et de transport, même si non remboursés par la Sécurité sociale, la cure étant remboursée par la Sécurité sociale		200 € /an
ASSISTANCE		
La description ci-dessous est un résumé des garanties d'assistance. Se référer à vos Conditions générales ou votre Notice d'information pour avoir la description complète des garanties, des limitations et des conditions d'utilisation.		
Aide-ménagère suite à une hospitalisation de plus de 24 heures et par dérogation dans les cas prévus dans vos Conditions générales ou votre Notice d'information		Dans la limite de 40 heures par an
Garde-malade suite à une hospitalisation de plus de 24 heures		Une fois par an dans la limite de 40 heures
Garde-enfants pendant une hospitalisation de plus de 24 heures		Une fois par an dans la limite de 40 heures
Garde-animaux pendant une hospitalisation de plus de 24 heures		Une fois par an dans la limite de 250 €
Soutien scolaire suite à une immobilisation au domicile ou une hospitalisation		12 semaines par an dans la limite de 15 heures par semaine
Garde personne dépendante		Une fois par an dans la limite de 20 heures et de 500 €

Document non contractuel

AXA France Vie - S.A. au capital de 487 725 073,50 € - RCS Nanterre 310 499 959- TVA intracommunautaire n° FR 62 310 499 959. AXA Assurances Vie Mutuelle - Société d'assurance mutuelle sur la vie et de capitalisation à cotisations fixes - Siren 353 457 245 - TVA intracommunautaire n° FR 48 353 457 245. AXA France IARD - S.A. au capital de 214 799 030 € - RCS Nanterre 722 057 460 - TVA intracommunautaire n° FR 14 722 057 460. AXA Assurances IARD Mutuelle - Société d'assurance mutuelle à cotisations fixes contre l'incendie, les accidents et risques divers - Siren 775 699 309 - TVA intracommunautaire n° FR 39 775 699 309. Sièges sociaux : 313, Terrasses de l'Arche 92727 Nanterre Cedex. Entreprises régies par le Code des assurances.





Ma Santé 150% Néo

Contacter l'agence AXA : 04 92 40 18 00 ou via le [site web](#).

[Simuler gratuitement un remboursement](#)

Règles générales applicables aux garanties

Les mots ou expressions soulignés sont définis dans le lexique de vos Conditions générales ou de votre Notice d'information.

Bien comprendre votre tableau de garanties

Nous prenons en charge uniquement les frais qui ont préalablement donné lieu à un remboursement par votre régime obligatoire d'assurance maladie français sauf lorsque cela est explicitement mentionné dans le tableau de garanties.

Vos garanties sont exprimées **en pourcentage de la base de remboursement de la Sécurité sociale**, en forfait en Euro ou en une combinaison des deux.

■ **Les pourcentages intègrent les remboursements de votre régime obligatoire d'assurance maladie.** Notre remboursement couvre la différence entre le taux remboursé par la Sécurité sociale et le taux affiché.

■ Les forfaits exprimés en Euro s'entendent **par assuré**. Lorsqu'ils sont définis par an, il s'agit de l'année d'assurance. Ils viennent en complément des remboursements de votre régime obligatoire d'assurance maladie français sauf indication spécifique. Ces forfaits ne sont pas reportables d'une année sur l'autre.

Les garanties "100% santé" et les garanties à tarifs limités ou libres ne se cumulent pas.

Les garanties du tableau sont explicitées dans vos Conditions générales ou votre Notice d'information.

Bon à savoir

- Le total des remboursements que vous percevez ne peut en aucun cas dépasser les frais réels engagés.
- La participation forfaitaire ainsi que les franchises sur les médicaments, sur les actes effectués par un auxiliaire médical et sur les transports ne sont pas prises en charge.
- Si vous ne respectez pas le parcours de soins, nous ne prenons pas en charge l'ensemble des pénalités appliquées par la Sécurité sociale (majoration du ticket modérateur, augmentation autorisée des tarifs conventionnels).

Des exclusions et des limitations de garanties générales sont indiquées dans vos Conditions générales ou votre Notice d'information. Pour les soins à l'étranger, se reporter à la rubrique « Soins à l'étranger » dans vos Conditions générales ou votre Notice d'information.

HOSPITALISATION

Honoraires

Honoraires des médecins (y compris chirurgiens) ayant adhéré à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (DPTAM)

170%⁽¹⁾

Honoraires des médecins (y compris chirurgiens) n'ayant pas adhéré à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (DPTAM)

150%⁽¹⁾

⁽¹⁾ 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 à la souscription du contrat et lors de l'ajout d'un bénéficiaire à l'exception des nouveau-nés.

Frais de séjour

Ticket modérateur sur le prix de journée ou sur les actes peu coûteux, participation forfaitaire pour les actes coûteux

- En établissement conventionné
- En établissement non conventionné

Frais réels

100%

Forfait journalier hospitalier

Forfait journalier hospitalier

Frais réels

Chambre particulière et lit pour accompagnant

Chambre particulière non remboursée par la Sécurité sociale (dans la limite de 30 jours par année d'assurance en moyen séjour)

- avec nuitée
- sans nuitée (en ambulatoire)

70 € /jour

35 € /jour

Lit pour accompagnant non remboursé par la Sécurité sociale

15 € /jour

Confort à l'hôpital

Télévision, connexion internet, téléphone (dans la limite de 30 jours par année d'assurance en moyen séjour)

5 € /jour

Hospitalisation à domicile (HAD)

Hospitalisation à domicile (HAD)

150%

SOINS COURANTS		
Honoraires médicaux		
Consultations, visites et actes (radio, petite chirurgie) de médecins généralistes et spécialistes ayant adhéré à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (DPTAM)		170%
Consultations, visites et actes (radio, petite chirurgie) de médecins généralistes et spécialistes n'ayant pas adhéré à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (DPTAM)		150%
Analyses et examens de laboratoire		
Examens médicaux (biologie, analyse médicale)		150%
Honoraires paramédicaux		
Auxiliaires médicaux (par exemple : infirmier et infirmière, sage-femme, kinésithérapeute, orthophoniste, orthoptiste)		150%
Médicaments		
Médicaments à service médical rendu majeur ou important (ex-vignette blanche)		100%
Médicaments à service médical rendu modéré (ex-vignette bleue)		100%
Médicaments à service médical rendu faible (ex-vignette orange)		Non pris en charge
Matériel médical		
Prothèses, pansements, petits matériels et autres produits définis sur la Liste des Produits et Prestations remboursables de la Sécurité sociale (hors lunettes et aides auditives pour lesquelles se référer à leurs lignes spécifiques).		150%
Médecine douce et prévention		
Médecine douce (ostéopathe, chiropracteur, acupuncteur, pédicure-podologue) et psychothérapeute non remboursés par la Sécurité sociale		25 € /séance
- Nombre de séances remboursées toutes spécialités confondues	1 ^{re} , 2 ^e année 3 ^e année et +	3 séances /an 6 séances /an
Forfait prévention		
- Sevrage tabagique : Tous les 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) même non remboursés par la Sécurité sociale		90 € /an
- Vaccin antigrippe prescrit non remboursé par la Sécurité sociale		
- Consultation diététicien non remboursée par la Sécurité sociale		
TRANSPORT SANITAIRE		
Transports prescrits pour l'hospitalisation ou la médecine de ville		150%
OPTIQUE		
La prise en charge des lunettes est limitée à une paire tous les 2 ans pour les personnes de 16 ans et plus et à une paire tous les ans pour les enfants de moins de 16 ans , sauf en cas d'évolution de la vue objectivée par une nouvelle prescription médicale ophtalmologique.		
Le montant remboursé pour un équipement (2 verres + une monture) est dans tous les cas limité aux plafonds définis par la réglementation des contrats responsables.		
Les forfaits en Euro sur les lunettes (verres ou montures) intègrent le remboursement de la Sécurité sociale et l'éventuel remboursement complémentaire des régimes locaux ou spéciaux (Alsace-Moselle, SNCF, etc.)		
Se reporter à vos Conditions générales ou à votre Notice d'information pour plus de précisions sur les conditions de renouvellement et sur la réglementation applicable.		
Equipements "100% santé"		
Lunettes "100% santé", verres et monture de classe A, telles que définies par la réglementation		Frais réels dans la limite des prix limites de vente définis par la réglementation
Lunettes à tarifs libres		
Verres de classe B		
La Grille optique B vous permet un remboursement sans reste à charge dans le réseau Itelis sur une sélection de verres et de traitements. Elle définit un forfait de remboursement par verre en fonction de leur correction en dehors du réseau Itelis. La Grille optique B est décrite en annexe de ce document.		Grille optique B
Monture de classe B	1 ^{re} , 2 ^e année 3 ^e année et +	75 € pour la monture 100 € pour la monture
Lentilles		
Les lentilles prescrites sont prises en charge même si non remboursées par la Sécurité sociale. Le ticket modérateur des lentilles remboursées par la Sécurité sociale est pris en charge même si le forfait annuel est épuisé.		200 € /an
Chirurgie réfractive		
Opération de la myopie, de l'hypermétropie, de l'astigmatisme et de la presbytie par laser, non remboursée par la Sécurité sociale		290 € /œil

DENTAIRE		
Soins		
Consultations et soins dentaires (hors inlays-onlays d'obturation), chirurgie et parodontologie remboursée		150%
Prothèses		
Prothèses à tarifs limités, prothèses à tarifs libres, inlays-onlays d'obturation		
Les prothèses à tarifs limités et les prothèses à tarifs libres sont définies par la réglementation. Pour les prothèses à tarifs limités, notre garantie ne peut dépasser les honoraires limites de facturation réglementaires.	1 ^{re} , 2 ^e année	100% + 300 € /an
Les prothèses à tarifs limités incluent certaines couronnes céramo-métalliques sur deuxièmes prémolaires et molaires ; les prothèses à tarifs libres incluent certaines couronnes céramo-céramiques (se reporter à vos Conditions générales ou à votre Notice d'information pour trouver plus d'exemples et les références précises à la réglementation).	3 ^e année	100% + 400 € /an
Le forfait en Euro est utilisable pour les implants et la parodontologie non remboursés par la Sécurité sociale.	4 ^e année et +	100% + 450 € /an
Soins et prothèses "100% santé"		
Les soins et prothèses "100% santé" sont définis par la réglementation. Ces prothèses incluent certaines couronnes céramo-métalliques sur incisives, canines et premières prémolaires, certaines couronnes métalliques sur les autres dents (se reporter à vos Conditions générales ou à votre Notice d'information pour trouver plus d'exemples et les références précises à la réglementation).		Frais réels dans la limite des honoraires limites de facturation définis par la réglementation
Orthodontie		
	1 ^{re} , 2 ^e année	200 € /sem. (soit 400 € /an)
Orthodontie (versé par semestre)	3 ^e année	250 € /sem. (soit 500 € /an)
	4 ^e année et +	300 € /sem. (soit 600 € /an)
AIDES AUDITIVES		
La prise en charge des aides auditives est limitée à un équipement par oreille tous les 4 ans. Ce délai de renouvellement s'entend pour chaque oreille indépendamment.		
Le remboursement d'une aide auditive ne peut pas excéder 1 700 €. Conformément à la réglementation, ce plafond de 1 700 € est calculé en y incluant le remboursement du régime obligatoire et le remboursement complémentaire éventuel des régimes locaux ou spéciaux (Alsace-Moselle, SNCF, etc.), .		
Equipements "100% santé"		
Les aides auditives "100% santé" (classe I) sont définies par la réglementation (se reporter à vos Conditions générales ou à votre Notice d'information).		Frais réels dans la limite des prix limites de vente définis par la réglementation
Aides auditives à tarifs libres		
Aides auditives à tarifs libres (classe II)		760 € /oreille
Accessoires		
Accessoires, entretien et piles pour appareil auditif		150%
CURE THERMALE		
Cure thermique		Non pris en charge
ASSISTANCE		
La description ci-dessous est un résumé des garanties d'assistance. Se référer à vos Conditions générales ou votre Notice d'information pour avoir la description complète des garanties, des limitations et des conditions d'utilisation.		
Aide-ménagère suite à une hospitalisation de plus de 24 heures et par dérogation dans les cas prévus dans vos Conditions générales ou votre Notice d'information		Dans la limite de 40 heures par an
Garde-malade suite à une hospitalisation de plus de 24 heures		Une fois par an dans la limite de 40 heures
Garde-enfants pendant une hospitalisation de plus de 24 heures		Une fois par an dans la limite de 40 heures
Garde-animaux pendant une hospitalisation de plus de 24 heures		Une fois par an dans la limite de 250 €
Soutien scolaire suite à une immobilisation au domicile ou une hospitalisation		12 semaines par an dans la limite de 15 heures par semaine



Ma Santé 150% Néo

avec **Module Optique & Dentaire**

Contacter l'agence AXA : 04 92 40 18 00 ou via le [site web](#).

[Simuler gratuitement un remboursement](#)

Règles générales applicables aux garanties

Les mots ou expressions soulignés sont définis dans le lexique de vos Conditions générales ou de votre Notice d'information.

Bien comprendre votre tableau de garanties

Nous prenons en charge uniquement les frais qui ont préalablement donné lieu à un remboursement par votre régime obligatoire d'assurance maladie français sauf lorsque cela est explicitement mentionné dans le tableau de garanties.

Vos garanties sont exprimées en pourcentage de la base de remboursement de la Sécurité sociale, en forfait en Euro ou en une combinaison des deux.

■ Les pourcentages intègrent les remboursements de votre régime obligatoire d'assurance maladie. Notre remboursement couvre la différence entre le taux remboursé par la Sécurité sociale et le taux affiché.

■ Les forfaits exprimés en Euro s'entendent **par assuré**. Lorsqu'ils sont définis par an, il s'agit de l'année d'assurance. Ils viennent en complément des remboursements de votre régime obligatoire d'assurance maladie français sauf indication spécifique. Ces forfaits ne sont pas reportables d'une année sur l'autre.

Les garanties "100% santé" et les garanties à tarifs limités ou libres ne se cumulent pas.

Les garanties du tableau sont explicitées dans vos Conditions générales ou votre Notice d'information.

Bon à savoir

- Le total des remboursements que vous percevez ne peut en aucun cas dépasser les frais réels engagés.
- La participation forfaitaire ainsi que les franchises sur les médicaments, sur les actes effectués par un auxiliaire médical et sur les transports ne sont pas prises en charge.
- Si vous ne respectez pas le parcours de soins, nous ne prenons pas en charge l'ensemble des pénalités appliquées par la Sécurité sociale (majoration du ticket modérateur, augmentation autorisée des tarifs conventionnels).

Des exclusions et des limitations de garanties générales sont indiquées dans vos Conditions générales ou votre Notice d'information. Pour les soins à l'étranger, se reporter à la rubrique « Soins à l'étranger » dans vos Conditions générales ou votre Notice d'information.

HOSPITALISATION

Honoraires

Honoraires des médecins (y compris chirurgiens) ayant adhéré à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (DPTAM)

170%⁽¹⁾

Honoraires des médecins (y compris chirurgiens) n'ayant pas adhéré à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (DPTAM)

150%⁽¹⁾

⁽¹⁾ 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 à la souscription du contrat et lors de l'ajout d'un bénéficiaire à l'exception des nouveau-nés.

Frais de séjour

Ticket modérateur sur le prix de journée ou sur les actes peu coûteux, participation forfaitaire pour les actes coûteux

- En établissement conventionné
- En établissement non conventionné

Frais réels

100%

Forfait journalier hospitalier

Forfait journalier hospitalier

Frais réels

Chambre particulière et lit pour accompagnant

Chambre particulière non remboursée par la Sécurité sociale (dans la limite de 30 jours par année d'assurance en moyen séjour)

- avec nuitée
- sans nuitée (en ambulatoire)

70 € /jour

35 € /jour

Lit pour accompagnant non remboursé par la Sécurité sociale

15 € /jour

Confort à l'hôpital

Télévision, connexion internet, téléphone (dans la limite de 30 jours par année d'assurance en moyen séjour)

5 € /jour

Hospitalisation à domicile (HAD)

Hospitalisation à domicile (HAD)

150%

SOINS COURANTS		
Honoraires médicaux		
Consultations, visites et actes (radio, petite chirurgie) de médecins généralistes et spécialistes ayant adhéré à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (DPTAM)		170%
Consultations, visites et actes (radio, petite chirurgie) de médecins généralistes et spécialistes n'ayant pas adhéré à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (DPTAM)		150%
Analyses et examens de laboratoire		
Examens médicaux (biologie, analyse médicale)		150%
Honoraires paramédicaux		
Auxiliaires médicaux (par exemple : infirmier et infirmière, sage-femme, kinésithérapeute, orthophoniste, orthoptiste)		150%
Médicaments		
Médicaments à service médical rendu majeur ou important (ex-vignette blanche)		100%
Médicaments à service médical rendu modéré (ex-vignette bleue)		100%
Médicaments à service médical rendu faible (ex-vignette orange)		Non pris en charge
Matériel médical		
Prothèses, pansements, petits matériels et autres produits définis sur la Liste des Produits et Prestations remboursables de la Sécurité sociale (hors lunettes et aides auditives pour lesquelles se référer à leurs lignes spécifiques).		150%
Médecine douce et prévention		
Médecine douce (ostéopathe, chiropracteur, acupuncteur, pédicure-podologue) et psychothérapeute non remboursés par la Sécurité sociale		25 €/séance
- Nombre de séances remboursées toutes spécialités confondues	1 ^{re} , 2 ^e année 3 ^e année et +	3 séances /an 6 séances /an
Forfait prévention		
- Sevrage tabagique : Tous les 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) même non remboursés par la Sécurité sociale		90 €/an
- Vaccin antigrippe prescrit non remboursé par la Sécurité sociale		
- Consultation diététicien non remboursée par la Sécurité sociale		
TRANSPORT SANITAIRE		
Transports prescrits pour l'hospitalisation ou la médecine de ville		150%
OPTIQUE		
La prise en charge des lunettes est limitée à une paire tous les 2 ans pour les personnes de 16 ans et plus et à une paire tous les ans pour les enfants de moins de 16 ans , sauf en cas d'évolution de la vue objectivée par une nouvelle prescription médicale ophtalmologique.		
Le montant remboursé pour un équipement (2 verres + une monture) est dans tous les cas limité aux plafonds définis par la réglementation des contrats responsables.		
Les forfaits en Euro sur les lunettes (verres ou montures) intègrent le remboursement de la Sécurité sociale et l'éventuel remboursement complémentaire des régimes locaux ou spéciaux (Alsace-Moselle, SNCF, etc.)		
Se reporter à vos Conditions générales ou à votre Notice d'information pour plus de précisions sur les conditions de renouvellement et sur la réglementation applicable.		
Equipements "100% santé"		
Lunettes "100% santé", verres et monture de classe A, telles que définies par la réglementation		Frais réels dans la limite des prix limites de vente définis par la réglementation
Lunettes à tarifs libres		
Verres de classe B		
La Grille optique C vous permet un remboursement sans reste à charge dans le réseau Itelis sur une sélection de verres et de traitements. Elle définit un forfait de remboursement par verre en fonction de leur correction en dehors du réseau Itelis. La Grille optique C est décrite en annexe de ce document.		Grille optique C
Monture de classe B		100 € pour la monture
Lentilles		
Les lentilles prescrites sont prises en charge même si non remboursées par la Sécurité sociale. Le ticket modérateur des lentilles remboursées par la Sécurité sociale est pris en charge même si le forfait annuel est épuisé.		300 €/an
Chirurgie réfractive		
Opération de la myopie, de l'hypermétropie, de l'astigmatisme et de la presbytie par laser, non remboursée par la Sécurité sociale		390 €/œil

DENTAIRE		
Soins		
Consultations et soins dentaires (hors inlays-onlays d'obturation), chirurgie et parodontologie remboursée		200%
Prothèses		
Prothèses à tarifs limités, prothèses à tarifs libres, inlays-onlays d'obturation		
Les prothèses à tarifs limités et les prothèses à tarifs libres sont définies par la réglementation. Pour les prothèses à tarifs limités, notre garantie ne peut dépasser les honoraires limites de facturation réglementaires.	1 ^{re} , 2 ^e année	100% + 420 €/an
Les prothèses à tarifs limités incluent certaines couronnes céramo-métalliques sur deuxièmes prémolaires et molaires ; les prothèses à tarifs libres incluent certaines couronnes céramo-céramiques (se reporter à vos Conditions générales ou à votre Notice d'information pour trouver plus d'exemples et les références précises à la réglementation).	3 ^e année	100% + 500 €/an
	4 ^e année et +	100% + 550 €/an
Le forfait en Euro est utilisable pour les implants et la parodontologie non remboursés par la Sécurité sociale.		
Soins et prothèses "100% santé"		
Les soins et prothèses "100% santé" sont définis par la réglementation.		
Ces prothèses incluent certaines couronnes céramo-métalliques sur incisives, canines et premières prémolaires, certaines couronnes métalliques sur les autres dents (se reporter à vos Conditions générales ou à votre Notice d'information pour trouver plus d'exemples et les références précises à la réglementation).		Frais réels dans la limite des honoraires limites de facturation définis par la réglementation
Orthodontie		
Orthodontie (versé par semestre)	1 ^{re} , 2 ^e année	270 €/sem. (soit 540 €/an)
Le forfait en Euro est utilisable pour l'orthodontie adulte même non remboursée par la Sécurité sociale.	3 ^e année	300 €/sem. (soit 600 €/an)
	4 ^e année et +	350 €/sem. (soit 700 €/an)
AIDES AUDITIVES		
La prise en charge des aides auditives est limitée à un équipement par oreille tous les 4 ans. Ce délai de renouvellement s'entend pour chaque oreille indépendamment.		
Le remboursement d'une aide auditive ne peut pas excéder 1 700 €. Conformément à la réglementation, ce plafond de 1 700 € est calculé en y incluant le remboursement du régime obligatoire et le remboursement complémentaire éventuel des régimes locaux ou spéciaux (Alsace-Moselle, SNCF, etc.), .		
Equipements "100% santé"		
Les aides auditives "100% santé" (classe I) sont définies par la réglementation (se reporter à vos Conditions générales ou à votre Notice d'information).		Frais réels dans la limite des prix limites de vente définis par la réglementation
Aides auditives à tarifs libres		
Aides auditives à tarifs libres (classe II)		760 €/oreille
Accessoires		
Accessoires, entretien et piles pour appareil auditif		150%
CURE THERMALE		
Cure thermique		Non pris en charge
ASSISTANCE		
La description ci-dessous est un résumé des garanties d'assistance. Se référer à vos Conditions générales ou votre Notice d'information pour avoir la description complète des garanties, des limitations et des conditions d'utilisation.		
Aide-ménagère suite à une hospitalisation de plus de 24 heures et par dérogation dans les cas prévus dans vos Conditions générales ou votre Notice d'information		Dans la limite de 40 heures par an
Garde-malade suite à une hospitalisation de plus de 24 heures		Une fois par an dans la limite de 40 heures
Garde-enfants pendant une hospitalisation de plus de 24 heures		Une fois par an dans la limite de 40 heures
Garde-animaux pendant une hospitalisation de plus de 24 heures		Une fois par an dans la limite de 250 €
Soutien scolaire suite à une immobilisation au domicile ou une hospitalisation		12 semaines par an dans la limite de 15 heures par semaine



Ma Santé 150% Néo

avec **Module Optique & Dentaire + Confort**

Contacter l'agence AXA : 04 92 40 18 00 ou via le [site web](#).

[Simuler gratuitement un remboursement](#)

Règles générales applicables aux garanties

Les mots ou expressions soulignés sont définis dans le lexique de vos Conditions générales ou de votre Notice d'information.

Bien comprendre votre tableau de garanties

Nous prenons en charge uniquement les frais qui ont préalablement donné lieu à un remboursement par votre régime obligatoire d'assurance maladie français sauf lorsque cela est explicitement mentionné dans le tableau de garanties.

Vos garanties sont exprimées en pourcentage de la base de remboursement de la Sécurité sociale, en forfait en Euro ou en une combinaison des deux.

■ Les pourcentages intègrent les remboursements de votre régime obligatoire d'assurance maladie. Notre remboursement couvre la différence entre le taux remboursé par la Sécurité sociale et le taux affiché.

■ Les forfaits exprimés en Euro s'entendent par assuré. Lorsqu'ils sont définis par an, il s'agit de l'année d'assurance. Ils viennent en complément des remboursements de votre régime obligatoire d'assurance maladie français sauf indication spécifique. Ces forfaits ne sont pas reportables d'une année sur l'autre.

Les garanties "100% santé" et les garanties à tarifs limités ou libres ne se cumulent pas.

Les garanties du tableau sont explicitées dans vos Conditions générales ou votre Notice d'information.

Bon à savoir

- Le total des remboursements que vous percevez ne peut en aucun cas dépasser les frais réels engagés.
- La participation forfaitaire ainsi que les franchises sur les médicaments, sur les actes effectués par un auxiliaire médical et sur les transports ne sont pas prises en charge.
- Si vous ne respectez pas le parcours de soins, nous ne prenons pas en charge l'ensemble des pénalités appliquées par la Sécurité sociale (majoration du ticket modérateur, augmentation autorisée des tarifs conventionnels).

Des exclusions et des limitations de garanties générales sont indiquées dans vos Conditions générales ou votre Notice d'information. Pour les soins à l'étranger, se reporter à la rubrique « Soins à l'étranger » dans vos Conditions générales ou votre Notice d'information.

HOSPITALISATION

Honoraires

Honoraires des médecins (y compris chirurgiens) ayant adhéré à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (DPTAM)

170%⁽¹⁾

Honoraires des médecins (y compris chirurgiens) n'ayant pas adhéré à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (DPTAM)

150%⁽¹⁾

⁽¹⁾ 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 à la souscription du contrat et lors de l'ajout d'un bénéficiaire à l'exception des nouveau-nés.

Frais de séjour

Ticket modérateur sur le prix de journée ou sur les actes peu coûteux, participation forfaitaire pour les actes coûteux

- En établissement conventionné
- En établissement non conventionné

Frais réels
100%

Forfait journalier hospitalier

Forfait journalier hospitalier

Frais réels

Chambre particulière et lit pour accompagnant

Chambre particulière non remboursée par la Sécurité sociale (dans la limite de 30 jours par année d'assurance en moyen séjour)

- avec nuitée
- sans nuitée (en ambulatoire)

70 € /jour
35 € /jour

Lit pour accompagnant non remboursé par la Sécurité sociale

15 € /jour

Confort à l'hôpital

Télévision, connexion internet, téléphone (dans la limite de 30 jours par année d'assurance en moyen séjour)

5 € /jour

Hospitalisation à domicile (HAD)

Hospitalisation à domicile (HAD)

150%

SOINS COURANTS		
Honoraires médicaux		
Consultations, visites et actes (radio, petite chirurgie) de médecins généralistes et spécialistes ayant adhéré à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (DPTAM)		195%
Consultations, visites et actes (radio, petite chirurgie) de médecins généralistes et spécialistes n'ayant pas adhéré à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (DPTAM)		175%
Analyses et examens de laboratoire		
Examens médicaux (biologie, analyse médicale)		150%
Honoraires paramédicaux		
Auxiliaires médicaux (par exemple : infirmier et infirmière, sage-femme, kinésithérapeute, orthophoniste, orthoptiste)		150%
Médicaments		
Tout médicament remboursé par la Sécurité sociale		100%
Médicament prescrit et non remboursé par la Sécurité sociale		30 € /an
Matériel médical		
Prothèses, pansements, petits matériels et autres produits définis sur la Liste des Produits et Prestations remboursables de la Sécurité sociale (hors lunettes et aides auditives pour lesquelles se référer à leurs lignes spécifiques).		150%
Médecine douce et prévention		
Médecine douce (ostéopathe, chiropracteur, acupuncteur, pédicure-podologue) et psychothérapeute non remboursés par la Sécurité sociale		50 € /séance
- Nombre de séances remboursées toutes spécialités confondues	1 ^{re} , 2 ^e année 3 ^e année et +	3 séances /an 6 séances /an
Forfait prévention		
- Sevrage tabagique : Tous les 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) même non remboursés par la Sécurité sociale		
- Vaccin antigrippe prescrit non remboursé par la Sécurité sociale		90 € /an
- Consultation diététicien non remboursée par la Sécurité sociale		
- Traitement DMLA par compléments en Oméga 3 prescrit par un médecin et non remboursé par la Sécurité sociale		
- Dépistage de l'ostéoporose prescrit par un médecin et non remboursé par la Sécurité sociale		
TRANSPORT SANITAIRE		
Transports prescrits pour l'hospitalisation ou la médecine de ville		150%
OPTIQUE		
La prise en charge des lunettes est limitée à une paire tous les 2 ans pour les personnes de 16 ans et plus et à une paire tous les ans pour les enfants de moins de 16 ans , sauf en cas d'évolution de la vue objectivée par une nouvelle prescription médicale ophtalmologique.		
Le montant remboursé pour un équipement (2 verres + une monture) est dans tous les cas limité aux plafonds définis par la réglementation des contrats responsables.		
Les forfaits en Euro sur les lunettes (verres ou montures) intègrent le remboursement de la Sécurité sociale et l'éventuel remboursement complémentaire des régimes locaux ou spéciaux (Alsace-Moselle, SNCF, etc.)		
Se reporter à vos Conditions générales ou à votre Notice d'information pour plus de précisions sur les conditions de renouvellement et sur la réglementation applicable.		
Équipements "100% santé"		
Lunettes "100% santé", verres et monture de classe A, telles que définies par la réglementation		Frais réels dans la limite des prix limites de vente définis par la réglementation
Lunettes à tarifs libres		
Verres de classe B		
La Grille optique C vous permet un remboursement sans reste à charge dans le réseau Itelis sur une sélection de verres et de traitements. Elle définit un forfait de remboursement par verre en fonction de leur correction en dehors du réseau Itelis. La Grille optique C est décrite en annexe de ce document.		Grille optique C
Monture de classe B		100 € pour la monture
Lentilles		
Les lentilles prescrites sont prises en charge même si non remboursées par la Sécurité sociale. Le ticket modérateur des lentilles remboursées par la Sécurité sociale est pris en charge même si le forfait annuel est épuisé.		300 € /an
Chirurgie réfractive		
Opération de la myopie, de l'hypermétropie, de l'astigmatisme et de la presbytie par laser, non remboursée par la Sécurité sociale		390 € /œil

DENTAIRE		
Soins		
Consultations et soins dentaires (hors inlays-onlays d'obturation), chirurgie et parodontologie remboursée		200%
Prothèses		
Prothèses à tarifs limités, prothèses à tarifs libres, inlays-onlays d'obturation		
Les prothèses à tarifs limités et les prothèses à tarifs libres sont définies par la réglementation. Pour les prothèses à tarifs limités, notre garantie ne peut dépasser les honoraires limites de facturation réglementaires.	1 ^{re} , 2 ^e année	100% + 420 € /an
Les prothèses à tarifs limités incluent certaines couronnes céramo-métalliques sur deuxième prémolaires et molaires ; les prothèses à tarifs libres incluent certaines couronnes céramo-céramiques (se reporter à vos Conditions générales ou à votre Notice d'information pour trouver plus d'exemples et les références précises à la réglementation).	3 ^e année	100% + 500 € /an
Le forfait en Euro est utilisable pour les implants et la parodontologie non remboursés par la Sécurité sociale.	4 ^e année et +	100% + 550 € /an
Soins et prothèses "100% santé"		
Les soins et prothèses "100% santé" sont définis par la réglementation.		
Ces prothèses incluent certaines couronnes céramo-métalliques sur incisives, canines et premières prémolaires, certaines couronnes métalliques sur les autres dents (se reporter à vos Conditions générales ou à votre Notice d'information pour trouver plus d'exemples et les références précises à la réglementation).		Frais réels dans la limite des honoraires limites de facturation définis par la réglementation
Orthodontie		
	1 ^{re} , 2 ^e année	270 € /sem. (soit 540 € /an)
Orthodontie (versé par semestre)	3 ^e année	300 € /sem. (soit 600 € /an)
Le forfait en Euro est utilisable pour l'orthodontie adulte même non remboursée par la Sécurité sociale.	4 ^e année et +	350 € /sem. (soit 700 € /an)
AIDES AUDITIVES		
La prise en charge des aides auditives est limitée à un équipement par oreille tous les 4 ans. Ce délai de renouvellement s'entend pour chaque oreille indépendamment.		
Le remboursement d'une aide auditive ne peut pas excéder 1 700 €. Conformément à la réglementation, ce plafond de 1 700 € est calculé en y incluant le remboursement du régime obligatoire et le remboursement complémentaire éventuel des régimes locaux ou spéciaux (Alsace-Moselle, SNCF, etc.), .		
Equipements "100% santé"		
Les aides auditives "100% santé" (classe I) sont définies par la réglementation (se reporter à vos Conditions générales ou à votre Notice d'information).		Frais réels dans la limite des prix limites de vente définis par la réglementation
Aides auditives à tarifs libres		
Aides auditives à tarifs libres (classe II)		810 € /oreille
Accessoires		
Accessoires, entretien et piles pour appareil auditif		200%
CURE THERMALE		
Forfait de surveillance thermale ou pratiques médicales complémentaires par un médecin ayant adhéré à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (DPTAM)		220%
Forfait de surveillance thermale ou pratiques médicales complémentaires par un médecin n'ayant pas adhéré à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (DPTAM)		200%
Forfait thermal		200%
Frais d'hébergement et de transport, même si non remboursés par la Sécurité sociale, la cure étant remboursée par la Sécurité sociale		200 € /an
ASSISTANCE		
La description ci-dessous est un résumé des garanties d'assistance. Se référer à vos Conditions générales ou votre Notice d'information pour avoir la description complète des garanties, des limitations et des conditions d'utilisation.		
Aide-ménagère suite à une hospitalisation de plus de 24 heures et par dérogation dans les cas prévus dans vos Conditions générales ou votre Notice d'information		Dans la limite de 40 heures par an
Garde-malade suite à une hospitalisation de plus de 24 heures		Une fois par an dans la limite de 40 heures
Garde-enfants pendant une hospitalisation de plus de 24 heures		Une fois par an dans la limite de 40 heures
Garde-animaux pendant une hospitalisation de plus de 24 heures		Une fois par an dans la limite de 250 €
Soutien scolaire suite à une immobilisation au domicile ou une hospitalisation		12 semaines par an dans la limite de 15 heures par semaine

Document non contractuel

AXA France Vie - S.A. au capital de 487 725 073,50 € - RCS Nanterre 310 499 959- TVA intracommunautaire n° FR 62 310 499 959. AXA Assurances Vie Mutuelle - Société d'assurance mutuelle sur la vie et de capitalisation à cotisations fixes - Siren 353 457 245 - TVA intracommunautaire n° FR 48 353 457 245. AXA France IARD - S.A. au capital de 214 799 030 € - RCS Nanterre 722 057 460 - TVA intracommunautaire n° FR 14 722 057 460. AXA Assurances IARD Mutuelle - Société d'assurance mutuelle à cotisations fixes contre l'incendie, les accidents et risques divers - Siren 775 699 309 - TVA intracommunautaire n° FR 39 775 699 309. Sièges sociaux : 313, Terrasses de l'Arche 92727 Nanterre Cedex. Entreprises régies par le Code des assurances.



Ma Santé 150% Néo

avec **Module Hospi**

Contacter l'agence AXA : 04 92 40 18 00 ou via le [site web](#).

[Simuler gratuitement un remboursement](#)

Règles générales applicables aux garanties

Les mots ou expressions soulignés sont définis dans le lexique de vos Conditions générales ou de votre Notice d'information.

Bien comprendre votre tableau de garanties

Nous prenons en charge uniquement les frais qui ont préalablement donné lieu à un remboursement par votre régime obligatoire d'assurance maladie français sauf lorsque cela est explicitement mentionné dans le tableau de garanties.

Vos garanties sont exprimées en pourcentage de la base de remboursement de la Sécurité sociale, en forfait en Euro ou en une combinaison des deux.

■ Les pourcentages intègrent les remboursements de votre régime obligatoire d'assurance maladie. Notre remboursement couvre la différence entre le taux remboursé par la Sécurité sociale et le taux affiché.

■ Les forfaits exprimés en Euro s'entendent **par assuré**. Lorsqu'ils sont définis par an, il s'agit de l'année d'assurance. Ils viennent en complément des remboursements de votre régime obligatoire d'assurance maladie français sauf indication spécifique. Ces forfaits ne sont pas reportables d'une année sur l'autre.

Les garanties "100% santé" et les garanties à tarifs limités ou libres ne se cumulent pas.

Les garanties du tableau sont explicitées dans vos Conditions générales ou votre Notice d'information.

Bon à savoir

- Le total des remboursements que vous percevez ne peut en aucun cas dépasser les frais réels engagés.
- La participation forfaitaire ainsi que les franchises sur les médicaments, sur les actes effectués par un auxiliaire médical et sur les transports ne sont pas prises en charge.
- Si vous ne respectez pas le parcours de soins, nous ne prenons pas en charge l'ensemble des pénalités appliquées par la Sécurité sociale (majoration du ticket modérateur, augmentation autorisée des tarifs conventionnels).

Des exclusions et des limitations de garanties générales sont indiquées dans vos Conditions générales ou votre Notice d'information. Pour les soins à l'étranger, se reporter à la rubrique « Soins à l'étranger » dans vos Conditions générales ou votre Notice d'information.

HOSPITALISATION

Honoraires

Honoraires des médecins (y compris chirurgiens) ayant adhéré à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (DPTAM)	1 ^{re} année	220% ⁽¹⁾
	2 ^e année et +	400% ⁽¹⁾
Honoraires des médecins (y compris chirurgiens) n'ayant pas adhéré à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (DPTAM)	1 ^{re} année	200% ⁽¹⁾
	2 ^e année et +	200% ⁽¹⁾

⁽¹⁾ 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 à la souscription du contrat et lors de l'ajout d'un bénéficiaire à l'exception des nouveau-nés.

Frais de séjour

Ticket modérateur sur le prix de journée ou sur les actes peu coûteux, participation forfaitaire pour les actes coûteux

- En établissement conventionné
- En établissement non conventionné

Frais réels

100%

Forfait journalier hospitalier

Forfait journalier hospitalier

Frais réels

Chambre particulière et lit pour accompagnant

Chambre particulière non remboursée par la Sécurité sociale (dans la limite de 30 jours par année d'assurance en moyen séjour)

- avec nuitée
- sans nuitée (en ambulatoire)

90 €/jour

45 €/jour

Lit pour accompagnant non remboursé par la Sécurité sociale

15 €/jour

Confort à l'hôpital

Télévision, connexion internet, téléphone (dans la limite de 30 jours par année d'assurance en moyen séjour)

10 €/jour

Hospitalisation à domicile (HAD)

Hospitalisation à domicile (HAD)

150%

SOINS COURANTS		
Honoraires médicaux		
Consultations, visites et actes (radio, petite chirurgie) de médecins généralistes et spécialistes ayant adhéré à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (DPTAM)		170%
Consultations, visites et actes (radio, petite chirurgie) de médecins généralistes et spécialistes n'ayant pas adhéré à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (DPTAM)		150%
Analyses et examens de laboratoire		
Examens médicaux (biologie, analyse médicale)		150%
Honoraires paramédicaux		
Auxiliaires médicaux (par exemple : infirmier et infirmière, sage-femme, kinésithérapeute, orthophoniste, orthoptiste)		150%
Médicaments		
Médicaments à service médical rendu majeur ou important (ex-vignette blanche)		100%
Médicaments à service médical rendu modéré (ex-vignette bleue)		100%
Médicaments à service médical rendu faible (ex-vignette orange)		Non pris en charge
Matériel médical		
Prothèses, pansements, petits matériels et autres produits définis sur la Liste des Produits et Prestations remboursables de la Sécurité sociale (hors lunettes et aides auditives pour lesquelles se référer à leurs lignes spécifiques).		150%
Médecine douce et prévention		
Médecine douce (ostéopathe, chiropracteur, acupuncteur, pédicure-podologue) et psychothérapeute non remboursés par la Sécurité sociale		25 €/séance
- Nombre de séances remboursées toutes spécialités confondues	1 ^{re} , 2 ^e année 3 ^e année et +	3 séances /an 6 séances /an
Forfait prévention		
- Sevrage tabagique : Tous les 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) même non remboursés par la Sécurité sociale		90 €/an
- Vaccin antigrippe prescrit non remboursé par la Sécurité sociale		
- Consultation diététicien non remboursée par la Sécurité sociale		
TRANSPORT SANITAIRE		
Transports prescrits pour l'hospitalisation ou la médecine de ville		150%
OPTIQUE		
La prise en charge des lunettes est limitée à une paire tous les 2 ans pour les personnes de 16 ans et plus et à une paire tous les ans pour les enfants de moins de 16 ans , sauf en cas d'évolution de la vue objectivée par une nouvelle prescription médicale ophtalmologique.		
Le montant remboursé pour un équipement (2 verres + une monture) est dans tous les cas limité aux plafonds définis par la réglementation des contrats responsables.		
Les forfaits en Euro sur les lunettes (verres ou montures) intègrent le remboursement de la Sécurité sociale et l'éventuel remboursement complémentaire des régimes locaux ou spéciaux (Alsace-Moselle, SNCF, etc.)		
Se reporter à vos Conditions générales ou à votre Notice d'information pour plus de précisions sur les conditions de renouvellement et sur la réglementation applicable.		
Equipements "100% santé"		
Lunettes "100% santé", verres et monture de classe A, telles que définies par la réglementation		Frais réels dans la limite des prix limites de vente définis par la réglementation
Lunettes à tarifs libres		
Verres de classe B		
La Grille optique B vous permet un remboursement sans reste à charge dans le réseau Itelis sur une sélection de verres et de traitements. Elle définit un forfait de remboursement par verre en fonction de leur correction en dehors du réseau Itelis. La Grille optique B est décrite en annexe de ce document.		Grille optique B
Monture de classe B	1 ^{re} , 2 ^e année 3 ^e année et +	75 € pour la monture 100 € pour la monture
Lentilles		
Les lentilles prescrites sont prises en charge même si non remboursées par la Sécurité sociale. Le ticket modérateur des lentilles remboursées par la Sécurité sociale est pris en charge même si le forfait annuel est épuisé.		200 €/an
Chirurgie réfractive		
Opération de la myopie, de l'hypermétropie, de l'astigmatisme et de la presbytie par laser, non remboursée par la Sécurité sociale		290 €/œil

DENTAIRE		
Soins		
Consultations et soins dentaires (hors inlays-onlays d'obturation), chirurgie et parodontologie remboursée		150%
Prothèses		
Prothèses à tarifs limités, prothèses à tarifs libres, inlays-onlays d'obturation		
Les prothèses à tarifs limités et les prothèses à tarifs libres sont définies par la réglementation. Pour les prothèses à tarifs limités, notre garantie ne peut dépasser les honoraires limites de facturation réglementaires.	1 ^{re} , 2 ^e année	100% + 300 €/an
Les prothèses à tarifs limités incluent certaines couronnes céramo-métalliques sur deuxièmes prémolaires et molaires ; les prothèses à tarifs libres incluent certaines couronnes céramo-céramiques (se reporter à vos Conditions générales ou à votre Notice d'information pour trouver plus d'exemples et les références précises à la réglementation).	3 ^e année	100% + 400 €/an
	4 ^e année et +	100% + 450 €/an
Le forfait en Euro est utilisable pour les implants et la parodontologie non remboursés par la Sécurité sociale.		
Soins et prothèses "100% santé"		
Les soins et prothèses "100% santé" sont définis par la réglementation. Ces prothèses incluent certaines couronnes céramo-métalliques sur incisives, canines et premières prémolaires, certaines couronnes métalliques sur les autres dents (se reporter à vos Conditions générales ou à votre Notice d'information pour trouver plus d'exemples et les références précises à la réglementation).		Frais réels dans la limite des honoraires limites de facturation définis par la réglementation
Orthodontie		
Orthodontie (versé par semestre)	1 ^{re} , 2 ^e année	200 €/sem. (soit 400 €/an)
	3 ^e année	250 €/sem. (soit 500 €/an)
	4 ^e année et +	300 €/sem. (soit 600 €/an)
AIDES AUDITIVES		
La prise en charge des aides auditives est limitée à un équipement par oreille tous les 4 ans. Ce délai de renouvellement s'entend pour chaque oreille indépendamment.		
Le remboursement d'une aide auditive ne peut pas excéder 1 700 €. Conformément à la réglementation, ce plafond de 1 700 € est calculé en y incluant le remboursement du régime obligatoire et le remboursement complémentaire éventuel des régimes locaux ou spéciaux (Alsace-Moselle, SNCF, etc.).		
Equipements "100% santé"		
Les aides auditives "100% santé" (classe I) sont définies par la réglementation (se reporter à vos Conditions générales ou à votre Notice d'information).		Frais réels dans la limite des prix limites de vente définis par la réglementation
Aides auditives à tarifs libres		
Aides auditives à tarifs libres (classe II)		760 €/oreille
Accessoires		
Accessoires, entretien et piles pour appareil auditif		150%
CURE THERMALE		
Cure thermique		Non pris en charge
ASSISTANCE		
La description ci-dessous est un résumé des garanties d'assistance. Se référer à vos Conditions générales ou votre Notice d'information pour avoir la description complète des garanties, des limitations et des conditions d'utilisation.		
Aide-ménagère suite à une hospitalisation de plus de 24 heures et par dérogation dans les cas prévus dans vos Conditions générales ou votre Notice d'information	Dans la limite de 40 heures par an	
Garde-malade suite à une hospitalisation de plus de 24 heures	Une fois par an dans la limite de 40 heures	
Garde-enfants pendant une hospitalisation de plus de 24 heures	Une fois par an dans la limite de 40 heures	
Garde-animaux pendant une hospitalisation de plus de 24 heures	Une fois par an dans la limite de 250 €	
Soutien scolaire suite à une immobilisation au domicile ou une hospitalisation	12 semaines par an dans la limite de 15 heures par semaine	

Document non contractuel

AXA France Vie - S.A. au capital de 487 725 073,50 € - RCS Nanterre 310 499 959- TVA intracommunautaire n° FR 62 310 499 959. AXA Assurances Vie Mutuelle - Société d'assurance mutuelle sur la vie et de capitalisation à cotisations fixes - Siren 353 457 245 - TVA intracommunautaire n° FR 48 353 457 245. AXA France IARD - S.A. au capital de 214 799 030 € - RCS Nanterre 722 057 460 - TVA intracommunautaire n° FR 14 722 057 460. AXA Assurances IARD Mutuelle - Société d'assurance mutuelle à cotisations fixes contre l'incendie, les accidents et risques divers - Siren 775 699 309 - TVA intracommunautaire n° FR 39 775 699 309. Sièges sociaux : 313, Terrasses de l'Arche 92727 Nanterre Cedex. Entreprises régies par le Code des assurances.



Ma Santé 150% Néo

avec **Module Hospi + Optique & Dentaire**

Contacter l'agence AXA : 04 92 40 18 00 ou via le [site web](#).

[Simuler gratuitement un remboursement](#)

Règles générales applicables aux garanties

Les mots ou expressions soulignés sont définis dans le lexique de vos Conditions générales ou de votre Notice d'information.

Bien comprendre votre tableau de garanties

Nous prenons en charge uniquement les frais qui ont préalablement donné lieu à un remboursement par votre régime obligatoire d'assurance maladie français sauf lorsque cela est explicitement mentionné dans le tableau de garanties.

Vos garanties sont exprimées en pourcentage de la base de remboursement de la Sécurité sociale, en forfait en Euro ou en une combinaison des deux.

■ Les pourcentages intègrent les remboursements de votre régime obligatoire d'assurance maladie. Notre remboursement couvre la différence entre le taux remboursé par la Sécurité sociale et le taux affiché.

■ Les forfaits exprimés en Euro s'entendent par assuré. Lorsqu'ils sont définis par an, il s'agit de l'année d'assurance. Ils viennent en complément des remboursements de votre régime obligatoire d'assurance maladie français sauf indication spécifique. Ces forfaits ne sont pas reportables d'une année sur l'autre.

Les garanties "100% santé" et les garanties à tarifs limités ou libres ne se cumulent pas.

Les garanties du tableau sont explicitées dans vos Conditions générales ou votre Notice d'information.

Bon à savoir

- Le total des remboursements que vous percevez ne peut en aucun cas dépasser les frais réels engagés.
- La participation forfaitaire ainsi que les franchises sur les médicaments, sur les actes effectués par un auxiliaire médical et sur les transports ne sont pas prises en charge.
- Si vous ne respectez pas le parcours de soins, nous ne prenons pas en charge l'ensemble des pénalités appliquées par la Sécurité sociale (majoration du ticket modérateur, augmentation autorisée des tarifs conventionnels).

Des exclusions et des limitations de garanties générales sont indiquées dans vos Conditions générales ou votre Notice d'information. Pour les soins à l'étranger, se reporter à la rubrique « Soins à l'étranger » dans vos Conditions générales ou votre Notice d'information.

HOSPITALISATION

Honoraires

Honoraires des médecins (y compris chirurgiens) ayant adhéré à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (DPTAM)	1 ^{re} année	220% ⁽¹⁾
	2 ^e année et +	400% ⁽¹⁾
Honoraires des médecins (y compris chirurgiens) n'ayant pas adhéré à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (DPTAM)	1 ^{re} année	200% ⁽¹⁾
	2 ^e année et +	200% ⁽¹⁾

⁽¹⁾ 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 à la souscription du contrat et lors de l'ajout d'un bénéficiaire à l'exception des nouveau-nés.

Frais de séjour

Ticket modérateur sur le prix de journée ou sur les actes peu coûteux, participation forfaitaire pour les actes coûteux

- En établissement conventionné
- En établissement non conventionné

Frais réels

100%

Forfait journalier hospitalier

Forfait journalier hospitalier

Frais réels

Chambre particulière et lit pour accompagnant

Chambre particulière non remboursée par la Sécurité sociale (dans la limite de 30 jours par année d'assurance en moyen séjour)

- avec nuitée
- sans nuitée (en ambulatoire)

90 € /jour

45 € /jour

Lit pour accompagnant non remboursé par la Sécurité sociale

15 € /jour

Confort à l'hôpital

Télévision, connexion internet, téléphone (dans la limite de 30 jours par année d'assurance en moyen séjour)

10 € /jour

Hospitalisation à domicile (HAD)

Hospitalisation à domicile (HAD)

150%

SOINS COURANTS		
Honoraires médicaux		
Consultations, visites et actes (radio, petite chirurgie) de médecins généralistes et spécialistes ayant adhéré à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (DPTAM)		170%
Consultations, visites et actes (radio, petite chirurgie) de médecins généralistes et spécialistes n'ayant pas adhéré à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (DPTAM)		150%
Analyses et examens de laboratoire		
Examens médicaux (biologie, analyse médicale)		150%
Honoraires paramédicaux		
Auxiliaires médicaux (par exemple : infirmier et infirmière, sage-femme, kinésithérapeute, orthophoniste, orthoptiste)		150%
Médicaments		
Médicaments à service médical rendu majeur ou important (ex-vignette blanche)		100%
Médicaments à service médical rendu modéré (ex-vignette bleue)		100%
Médicaments à service médical rendu faible (ex-vignette orange)		Non pris en charge
Matériel médical		
Prothèses, pansements, petits matériels et autres produits définis sur la Liste des Produits et Prestations remboursables de la Sécurité sociale (hors lunettes et aides auditives pour lesquelles se référer à leurs lignes spécifiques).		150%
Médecine douce et prévention		
Médecine douce (ostéopathe, chiropracteur, acupuncteur, pédicure-podologue) et psychothérapeute non remboursés par la Sécurité sociale		25 € /séance
- Nombre de séances remboursées toutes spécialités confondues	1 ^{re} , 2 ^e année 3 ^e année et +	3 séances /an 6 séances /an
Forfait prévention		
- Sevrage tabagique : Tous les 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) même non remboursés par la Sécurité sociale		90 € /an
- Vaccin antigrippe prescrit non remboursé par la Sécurité sociale		
- Consultation diététicien non remboursée par la Sécurité sociale		
TRANSPORT SANITAIRE		
Transports prescrits pour l'hospitalisation ou la médecine de ville		150%
OPTIQUE		
La prise en charge des lunettes est limitée à une paire tous les 2 ans pour les personnes de 16 ans et plus et à une paire tous les ans pour les enfants de moins de 16 ans , sauf en cas d'évolution de la vue objectivée par une nouvelle prescription médicale ophtalmologique.		
Le montant remboursé pour un équipement (2 verres + une monture) est dans tous les cas limité aux plafonds définis par la réglementation des contrats responsables.		
Les forfaits en Euro sur les lunettes (verres ou montures) intègrent le remboursement de la Sécurité sociale et l'éventuel remboursement complémentaire des régimes locaux ou spéciaux (Alsace-Moselle, SNCF, etc.)		
Se reporter à vos Conditions générales ou à votre Notice d'information pour plus de précisions sur les conditions de renouvellement et sur la réglementation applicable.		
Equipements "100% santé"		
Lunettes "100% santé", verres et monture de classe A, telles que définies par la réglementation		Frais réels dans la limite des prix limites de vente définis par la réglementation
Lunettes à tarifs libres		
Verres de classe B		
La Grille optique C vous permet un remboursement sans reste à charge dans le réseau Itelis sur une sélection de verres et de traitements. Elle définit un forfait de remboursement par verre en fonction de leur correction en dehors du réseau Itelis. La Grille optique C est décrite en annexe de ce document.		Grille optique C
Monture de classe B		100 € pour la monture
Lentilles		
Les lentilles prescrites sont prises en charge même si non remboursées par la Sécurité sociale. Le ticket modérateur des lentilles remboursées par la Sécurité sociale est pris en charge même si le forfait annuel est épuisé.		300 € /an
Chirurgie réfractive		
Opération de la myopie, de l'hypermétropie, de l'astigmatisme et de la presbytie par laser, non remboursée par la Sécurité sociale		390 € /œil

DENTAIRE		
Soins		
Consultations et soins dentaires (hors inlays-onlays d'obturation), chirurgie et parodontologie remboursée		200%
Prothèses		
Prothèses à tarifs limités, prothèses à tarifs libres, inlays-onlays d'obturation		
Les prothèses à tarifs limités et les prothèses à tarifs libres sont définies par la réglementation. Pour les prothèses à tarifs limités, notre garantie ne peut dépasser les honoraires limites de facturation réglementaires.		1 ^{re} , 2 ^e année 100% + 420 € /an
Les prothèses à tarifs limités incluent certaines couronnes céramo-métalliques sur deuxièmes prémolaires et molaires ; les prothèses à tarifs libres incluent certaines couronnes céramo-céramiques (se reporter à vos Conditions générales ou à votre Notice d'information pour trouver plus d'exemples et les références précises à la réglementation).		3 ^e année 100% + 500 € /an
Le forfait en Euro est utilisable pour les implants et la parodontologie non remboursés par la Sécurité sociale.		4 ^e année et + 100% + 550 € /an
Soins et prothèses "100% santé"		
Les soins et prothèses "100% santé" sont définis par la réglementation. Ces prothèses incluent certaines couronnes céramo-métalliques sur incisives, canines et premières prémolaires, certaines couronnes métalliques sur les autres dents (se reporter à vos Conditions générales ou à votre Notice d'information pour trouver plus d'exemples et les références précises à la réglementation).		Frais réels dans la limite des honoraires limites de facturation définis par la réglementation
Orthodontie		
Orthodontie (versé par semestre)		1 ^{re} , 2 ^e année 270 € /sem. (soit 540 € /an)
Le forfait en Euro est utilisable pour l'orthodontie adulte même non remboursée par la Sécurité sociale.		3 ^e année 300 € /sem. (soit 600 € /an)
		4 ^e année et + 350 € /sem. (soit 700 € /an)
AIDES AUDITIVES		
La prise en charge des aides auditives est limitée à un équipement par oreille tous les 4 ans. Ce délai de renouvellement s'entend pour chaque oreille indépendamment.		
Le remboursement d'une aide auditive ne peut pas excéder 1 700 €. Conformément à la réglementation, ce plafond de 1 700 € est calculé en y incluant le remboursement du régime obligatoire et le remboursement complémentaire éventuel des régimes locaux ou spéciaux (Alsace-Moselle, SNCF, etc.), .		
Equipements "100% santé"		
Les aides auditives "100% santé" (classe I) sont définies par la réglementation (se reporter à vos Conditions générales ou à votre Notice d'information).		Frais réels dans la limite des prix limites de vente définis par la réglementation
Aides auditives à tarifs libres		
Aides auditives à tarifs libres (classe II)		760 € /oreille
Accessoires		
Accessoires, entretien et piles pour appareil auditif		150%
CURE THERMALE		
Cure thermique		Non pris en charge
ASSISTANCE		
La description ci-dessous est un résumé des garanties d'assistance. Se référer à vos Conditions générales ou votre Notice d'information pour avoir la description complète des garanties, des limitations et des conditions d'utilisation.		
Aide-ménagère suite à une hospitalisation de plus de 24 heures et par dérogation dans les cas prévus dans vos Conditions générales ou votre Notice d'information		Dans la limite de 40 heures par an
Garde-malade suite à une hospitalisation de plus de 24 heures		Une fois par an dans la limite de 40 heures
Garde-enfants pendant une hospitalisation de plus de 24 heures		Une fois par an dans la limite de 40 heures
Garde-animaux pendant une hospitalisation de plus de 24 heures		Une fois par an dans la limite de 250 €
Soutien scolaire suite à une immobilisation au domicile ou une hospitalisation		12 semaines par an dans la limite de 15 heures par semaine



Ma Santé 150% Néo

avec **Module Hospi + Optique & Dentaire + Confort**

Contacter l'agence AXA : 04 92 40 18 00 ou via le [site web](#).

[Simuler gratuitement un remboursement](#)

Règles générales applicables aux garanties

Les mots ou expressions soulignés sont définis dans le lexique de vos Conditions générales ou de votre Notice d'information.

Bien comprendre votre tableau de garanties

Nous prenons en charge uniquement les frais qui ont préalablement donné lieu à un remboursement par votre régime obligatoire d'assurance maladie français sauf lorsque cela est explicitement mentionné dans le tableau de garanties.

Vos garanties sont exprimées en pourcentage de la base de remboursement de la Sécurité sociale, en forfait en Euro ou en une combinaison des deux.

■ Les pourcentages intègrent les remboursements de votre régime obligatoire d'assurance maladie. Notre remboursement couvre la différence entre le taux remboursé par la Sécurité sociale et le taux affiché.

■ Les forfaits exprimés en Euro s'entendent par assuré. Lorsqu'ils sont définis par an, il s'agit de l'année d'assurance. Ils viennent en complément des remboursements de votre régime obligatoire d'assurance maladie français sauf indication spécifique. Ces forfaits ne sont pas reportables d'une année sur l'autre.

Les garanties "100% santé" et les garanties à tarifs limités ou libres ne se cumulent pas.

Les garanties du tableau sont explicitées dans vos Conditions générales ou votre Notice d'information.

Bon à savoir

- Le total des remboursements que vous percevez ne peut en aucun cas dépasser les frais réels engagés.
- La participation forfaitaire ainsi que les franchises sur les médicaments, sur les actes effectués par un auxiliaire médical et sur les transports ne sont pas prises en charge.
- Si vous ne respectez pas le parcours de soins, nous ne prenons pas en charge l'ensemble des pénalités appliquées par la Sécurité sociale (majoration du ticket modérateur, augmentation autorisée des tarifs conventionnels).

Des exclusions et des limitations de garanties générales sont indiquées dans vos Conditions générales ou votre Notice d'information. Pour les soins à l'étranger, se reporter à la rubrique « Soins à l'étranger » dans vos Conditions générales ou votre Notice d'information.

HOSPITALISATION

Honoraires

Honoraires des médecins (y compris chirurgiens) ayant adhéré à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (DPTAM)	1 ^{re} année	220% ⁽¹⁾
	2 ^e année et +	400% ⁽¹⁾
Honoraires des médecins (y compris chirurgiens) n'ayant pas adhéré à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (DPTAM)	1 ^{re} année	200% ⁽¹⁾
	2 ^e année et +	200% ⁽¹⁾

⁽¹⁾ 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 à la souscription du contrat et lors de l'ajout d'un bénéficiaire à l'exception des nouveau-nés.

Frais de séjour

Ticket modérateur sur le prix de journée ou sur les actes peu coûteux, participation forfaitaire pour les actes coûteux

- En établissement conventionné
- En établissement non conventionné

Frais réels

100%

Forfait journalier hospitalier

Forfait journalier hospitalier

Frais réels

Chambre particulière et lit pour accompagnant

Chambre particulière non remboursée par la Sécurité sociale (dans la limite de 30 jours par année d'assurance en moyen séjour)

- avec nuitée
- sans nuitée (en ambulatoire)

90 € /jour

45 € /jour

Lit pour accompagnant non remboursé par la Sécurité sociale

15 € /jour

Confort à l'hôpital

Télévision, connexion internet, téléphone (dans la limite de 30 jours par année d'assurance en moyen séjour)

10 € /jour

Hospitalisation à domicile (HAD)

Hospitalisation à domicile (HAD)

150%

SOINS COURANTS		
Honoraires médicaux		
Consultations, visites et actes (radio, petite chirurgie) de médecins généralistes et spécialistes ayant adhéré à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (DPTAM)		195%
Consultations, visites et actes (radio, petite chirurgie) de médecins généralistes et spécialistes n'ayant pas adhéré à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (DPTAM)		175%
Analyses et examens de laboratoire		
Examens médicaux (biologie, analyse médicale)		150%
Honoraires paramédicaux		
Auxiliaires médicaux (par exemple : infirmier et infirmière, sage-femme, kinésithérapeute, orthophoniste, orthoptiste)		150%
Médicaments		
Tout médicament remboursé par la Sécurité sociale		100%
Médicament prescrit et non remboursé par la Sécurité sociale		30 € /an
Matériel médical		
Prothèses, pansements, petits matériels et autres produits définis sur la Liste des Produits et Prestations remboursables de la Sécurité sociale (hors lunettes et aides auditives pour lesquelles se référer à leurs lignes spécifiques).		150%
Médecine douce et prévention		
Médecine douce (ostéopathe, chiropracteur, acupuncteur, pédicure-podologue) et psychothérapeute non remboursés par la Sécurité sociale		50 €/séance
- Nombre de séances remboursées toutes spécialités confondues	1 ^{re} , 2 ^e année	3 séances /an
	3 ^e année et +	6 séances /an
Forfait prévention - Sevrage tabagique : Tous les 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) même non remboursés par la Sécurité sociale - Vaccin antigrippe prescrit non remboursé par la Sécurité sociale - Consultation diététicien non remboursée par la Sécurité sociale - Traitement DMLA par compléments en Oméga 3 prescrit par un médecin et non remboursé par la Sécurité sociale - Dépistage de l'ostéoporose prescrit par un médecin et non remboursé par la Sécurité sociale		
		90 € /an
TRANSPORT SANITAIRE		
Transports prescrits pour l'hospitalisation ou la médecine de ville		150%
OPTIQUE		
La prise en charge des lunettes est limitée à une paire tous les 2 ans pour les personnes de 16 ans et plus et à une paire tous les ans pour les enfants de moins de 16 ans , sauf en cas d'évolution de la vue objectivée par une nouvelle prescription médicale ophtalmologique. Le montant remboursé pour un équipement (2 verres + une monture) est dans tous les cas limité aux plafonds définis par la réglementation des contrats responsables. Les forfaits en Euro sur les lunettes (verres ou montures) intègrent le remboursement de la Sécurité sociale et l'éventuel remboursement complémentaire des régimes locaux ou spéciaux (Alsace-Moselle, SNCF, etc.) Se reporter à vos Conditions générales ou à votre Notice d'information pour plus de précisions sur les conditions de renouvellement et sur la réglementation applicable.		
Equipements "100% santé"		
Lunettes "100% santé", verres et monture de classe A, telles que définies par la réglementation		Frais réels dans la limite des prix limites de vente définis par la réglementation
Lunettes à tarifs libres		
Verres de classe B		
La Grille optique C vous permet un remboursement sans reste à charge dans le réseau Itelis sur une sélection de verres et de traitements. Elle définit un forfait de remboursement par verre en fonction de leur correction en dehors du réseau Itelis. La Grille optique C est décrite en annexe de ce document.		Grille optique C
Monture de classe B		100 € pour la monture
Lentilles		
Les lentilles prescrites sont prises en charge même si non remboursées par la Sécurité sociale. Le ticket modérateur des lentilles remboursées par la Sécurité sociale est pris en charge même si le forfait annuel est épuisé.		300 € /an
Chirurgie réfractive		
Opération de la myopie, de l'hypermétropie, de l'astigmatisme et de la presbytie par laser, non remboursée par la Sécurité sociale		390 €/œil

DENTAIRE		
Soins		
Consultations et soins dentaires (hors inlays-onlays d'obturation), chirurgie et parodontologie remboursée		200%
Prothèses		
Prothèses à tarifs limités, prothèses à tarifs libres, inlays-onlays d'obturation		
Les prothèses à tarifs limités et les prothèses à tarifs libres sont définies par la réglementation. Pour les prothèses à tarifs limités, notre garantie ne peut dépasser les honoraires limites de facturation réglementaires.	1 ^{re} , 2 ^e année	100% + 420 €/an
Les prothèses à tarifs limités incluent certaines couronnes céramo-métalliques sur deuxièmes prémolaires et molaires ; les prothèses à tarifs libres incluent certaines couronnes céramo-céramiques (se reporter à vos Conditions générales ou à votre Notice d'information pour trouver plus d'exemples et les références précises à la réglementation).	3 ^e année	100% + 500 €/an
Le forfait en Euro est utilisable pour les implants et la parodontologie non remboursés par la Sécurité sociale.	4 ^e année et +	100% + 550 €/an
Soins et prothèses "100% santé"		
Les soins et prothèses "100% santé" sont définis par la réglementation.		
Ces prothèses incluent certaines couronnes céramo-métalliques sur incisives, canines et premières prémolaires, certaines couronnes métalliques sur les autres dents (se reporter à vos Conditions générales ou à votre Notice d'information pour trouver plus d'exemples et les références précises à la réglementation).		Frais réels dans la limite des honoraires limites de facturation définis par la réglementation
Orthodontie		
Orthodontie (versé par semestre)	1 ^{re} , 2 ^e année	270 €/sem. (soit 540 €/an)
Le forfait en Euro est utilisable pour l'orthodontie adulte même non remboursée par la Sécurité sociale.	3 ^e année	300 €/sem. (soit 600 €/an)
	4 ^e année et +	350 €/sem. (soit 700 €/an)
AIDES AUDITIVES		
La prise en charge des aides auditives est limitée à un équipement par oreille tous les 4 ans. Ce délai de renouvellement s'entend pour chaque oreille indépendamment.		
Le remboursement d'une aide auditive ne peut pas excéder 1 700 €. Conformément à la réglementation, ce plafond de 1 700 € est calculé en y incluant le remboursement du régime obligatoire et le remboursement complémentaire éventuel des régimes locaux ou spéciaux (Alsace-Moselle, SNCF, etc.), .		
Equipements "100% santé"		
Les aides auditives "100% santé" (classe I) sont définies par la réglementation (se reporter à vos Conditions générales ou à votre Notice d'information).		Frais réels dans la limite des prix limites de vente définis par la réglementation
Aides auditives à tarifs libres		
Aides auditives à tarifs libres (classe II)		810 €/oreille
Accessoires		
Accessoires, entretien et piles pour appareil auditif		200%
CURE THERMALE		
Forfait de surveillance thermique ou pratiques médicales complémentaires par un médecin ayant adhéré à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (DPTAM)		220%
Forfait de surveillance thermique ou pratiques médicales complémentaires par un médecin n'ayant pas adhéré à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (DPTAM)		200%
Forfait thermal		200%
Frais d'hébergement et de transport, même si non remboursés par la Sécurité sociale, la cure étant remboursée par la Sécurité sociale		200 €/an
ASSISTANCE		
La description ci-dessous est un résumé des garanties d'assistance. Se référer à vos Conditions générales ou votre Notice d'information pour avoir la description complète des garanties, des limitations et des conditions d'utilisation.		
Aide-ménagère suite à une hospitalisation de plus de 24 heures et par dérogation dans les cas prévus dans vos Conditions générales ou votre Notice d'information		Dans la limite de 40 heures par an
Garde-malade suite à une hospitalisation de plus de 24 heures		Une fois par an dans la limite de 40 heures
Garde-enfants pendant une hospitalisation de plus de 24 heures		Une fois par an dans la limite de 40 heures
Garde-animaux pendant une hospitalisation de plus de 24 heures		Une fois par an dans la limite de 250 €
Soutien scolaire suite à une immobilisation au domicile ou une hospitalisation		12 semaines par an dans la limite de 15 heures par semaine

Document non contractuel

AXA France Vie - S.A. au capital de 487 725 073,50 € - RCS Nanterre 310 499 959- TVA intracommunautaire n° FR 62 310 499 959. AXA Assurances Vie Mutuelle - Société d'assurance mutuelle sur la vie et de capitalisation à cotisations fixes - Siren 353 457 245 - TVA intracommunautaire n° FR 48 353 457 245. AXA France IARD - S.A. au capital de 214 799 030 € - RCS Nanterre 722 057 460 - TVA intracommunautaire n° FR 14 722 057 460. AXA Assurances IARD Mutuelle - Société d'assurance mutuelle à cotisations fixes contre l'incendie, les accidents et risques divers - Siren 775 699 309 - TVA intracommunautaire n° FR 39 775 699 309. Sièges sociaux : 313, Terrasses de l'Arche 92727 Nanterre Cedex. Entreprises régies par le Code des assurances.

MA150RHOSODCON
3/3



Réf : 974829 09 2022 - A - I



Ma Santé 150% Néo

avec **Module Hospi + Confort**

Contacter l'agence AXA : 04 92 40 18 00 ou via le [site web](#).

[Simuler gratuitement un remboursement](#)

Règles générales applicables aux garanties

Les mots ou expressions soulignés sont définis dans le lexique de vos Conditions générales ou de votre Notice d'information.

Bien comprendre votre tableau de garanties

Nous prenons en charge uniquement les frais qui ont préalablement donné lieu à un remboursement par votre régime obligatoire d'assurance maladie français sauf lorsque cela est explicitement mentionné dans le tableau de garanties.

Vos garanties sont exprimées en pourcentage de la base de remboursement de la Sécurité sociale, en forfait en Euro ou en une combinaison des deux.

■ Les pourcentages intègrent les remboursements de votre régime obligatoire d'assurance maladie. Notre remboursement couvre la différence entre le taux remboursé par la Sécurité sociale et le taux affiché.

■ Les forfaits exprimés en Euro s'entendent par assuré. Lorsqu'ils sont définis par an, il s'agit de l'année d'assurance. Ils viennent en complément des remboursements de votre régime obligatoire d'assurance maladie français sauf indication spécifique. Ces forfaits ne sont pas reportables d'une année sur l'autre.

Les garanties "100% santé" et les garanties à tarifs limités ou libres ne se cumulent pas.

Les garanties du tableau sont explicitées dans vos Conditions générales ou votre Notice d'information.

Bon à savoir

- Le total des remboursements que vous percevez ne peut en aucun cas dépasser les frais réels engagés.
- La participation forfaitaire ainsi que les franchises sur les médicaments, sur les actes effectués par un auxiliaire médical et sur les transports ne sont pas prises en charge.
- Si vous ne respectez pas le parcours de soins, nous ne prenons pas en charge l'ensemble des pénalités appliquées par la Sécurité sociale (majoration du ticket modérateur, augmentation autorisée des tarifs conventionnels).

Des exclusions et des limitations de garanties générales sont indiquées dans vos Conditions générales ou votre Notice d'information. Pour les soins à l'étranger, se reporter à la rubrique « Soins à l'étranger » dans vos Conditions générales ou votre Notice d'information.

HOSPITALISATION

Honoraires

Honoraires des médecins (y compris chirurgiens) ayant adhéré à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (DPTAM)	1 ^{re} année	220% ⁽¹⁾
	2 ^e année et +	400% ⁽¹⁾
Honoraires des médecins (y compris chirurgiens) n'ayant pas adhéré à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (DPTAM)	1 ^{re} année	200% ⁽¹⁾
	2 ^e année et +	200% ⁽¹⁾

⁽¹⁾ 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 à la souscription du contrat et lors de l'ajout d'un bénéficiaire à l'exception des nouveau-nés.

Frais de séjour

Ticket modérateur sur le prix de journée ou sur les actes peu coûteux, participation forfaitaire pour les actes coûteux

- En établissement conventionné
- En établissement non conventionné

Frais réels

100%

Forfait journalier hospitalier

Forfait journalier hospitalier

Frais réels

Chambre particulière et lit pour accompagnant

Chambre particulière non remboursée par la Sécurité sociale (dans la limite de 30 jours par année d'assurance en moyen séjour)

- avec nuitée
- sans nuitée (en ambulatoire)

90 € /jour

45 € /jour

Lit pour accompagnant non remboursé par la Sécurité sociale

15 € /jour

Confort à l'hôpital

Télévision, connexion internet, téléphone (dans la limite de 30 jours par année d'assurance en moyen séjour)

10 € /jour

Hospitalisation à domicile (HAD)

Hospitalisation à domicile (HAD)

150%

SOINS COURANTS		
Honoraires médicaux		
Consultations, visites et actes (radio, petite chirurgie) de médecins généralistes et spécialistes ayant adhéré à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (DPTAM)		195%
Consultations, visites et actes (radio, petite chirurgie) de médecins généralistes et spécialistes n'ayant pas adhéré à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (DPTAM)		175%
Analyses et examens de laboratoire		
Examens médicaux (biologie, analyse médicale)		150%
Honoraires paramédicaux		
Auxiliaires médicaux (par exemple : infirmier et infirmière, sage-femme, kinésithérapeute, orthophoniste, orthoptiste)		150%
Médicaments		
Tout médicament remboursé par la Sécurité sociale		100%
Médicament prescrit et non remboursé par la Sécurité sociale		30 €/an
Matériel médical		
Prothèses, pansements, petits matériels et autres produits définis sur la Liste des Produits et Prestations remboursables de la Sécurité sociale (hors lunettes et aides auditives pour lesquelles se référer à leurs lignes spécifiques).		150%
Médecine douce et prévention		
Médecine douce (ostéopathe, chiropracteur, acupuncteur, pédicure-podologue) et psychothérapeute non remboursés par la Sécurité sociale		50 €/séance
- Nombre de séances remboursées toutes spécialités confondues	1 ^{re} , 2 ^e année 3 ^e année et +	3 séances /an 6 séances /an
Forfait prévention		
- Sevrage tabagique : Tous les 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) même non remboursés par la Sécurité sociale		
- Vaccin antigrippe prescrit non remboursé par la Sécurité sociale		90 €/an
- Consultation diététicien non remboursée par la Sécurité sociale		
- Traitement DMLA par compléments en Oméga 3 prescrit par un médecin et non remboursé par la Sécurité sociale		
- Dépistage de l'ostéoporose prescrit par un médecin et non remboursé par la Sécurité sociale		
TRANSPORT SANITAIRE		
Transports prescrits pour l'hospitalisation ou la médecine de ville		150%
OPTIQUE		
La prise en charge des lunettes est limitée à une paire tous les 2 ans pour les personnes de 16 ans et plus et à une paire tous les ans pour les enfants de moins de 16 ans , sauf en cas d'évolution de la vue objectivée par une nouvelle prescription médicale ophtalmologique.		
Le montant remboursé pour un équipement (2 verres + une monture) est dans tous les cas limité aux plafonds définis par la réglementation des contrats responsables.		
Les forfaits en Euro sur les lunettes (verres ou montures) intègrent le remboursement de la Sécurité sociale et l'éventuel remboursement complémentaire des régimes locaux ou spéciaux (Alsace-Moselle, SNCF, etc.)		
Se reporter à vos Conditions générales ou à votre Notice d'information pour plus de précisions sur les conditions de renouvellement et sur la réglementation applicable.		
Equipements "100% santé"		
Lunettes "100% santé", verres et monture de classe A, telles que définies par la réglementation		Frais réels dans la limite des prix limites de vente définis par la réglementation
Lunettes à tarifs libres		
Verres de classe B		
La Grille optique B vous permet un remboursement sans reste à charge dans le réseau Itelis sur une sélection de verres et de traitements. Elle définit un forfait de remboursement par verre en fonction de leur correction en dehors du réseau Itelis. La Grille optique B est décrite en annexe de ce document.		Grille optique B
Monture de classe B	1 ^{re} , 2 ^e année 3 ^e année et +	75 € pour la monture 100 € pour la monture
Lentilles		
Les lentilles prescrites sont prises en charge même si non remboursées par la Sécurité sociale. Le ticket modérateur des lentilles remboursées par la Sécurité sociale est pris en charge même si le forfait annuel est épuisé.		200 €/an
Chirurgie réfractive		
Opération de la myopie, de l'hypermétropie, de l'astigmatisme et de la presbytie par laser, non remboursée par la Sécurité sociale		290 €/œil

DENTAIRE		
Soins		
Consultations et soins dentaires (hors inlays-onlays d'obturation), chirurgie et parodontologie remboursée		150%
Prothèses		
Prothèses à tarifs limités, prothèses à tarifs libres, inlays-onlays d'obturation		
Les prothèses à tarifs limités et les prothèses à tarifs libres sont définies par la réglementation. Pour les prothèses à tarifs limités, notre garantie ne peut dépasser les honoraires limites de facturation réglementaires.	1 ^{re} , 2 ^e année	100% + 300 €/an
Les prothèses à tarifs limités incluent certaines couronnes céramo-métalliques sur deuxièmes prémolaires et molaires ; les prothèses à tarifs libres incluent certaines couronnes céramo-céramiques (se reporter à vos Conditions générales ou à votre Notice d'information pour trouver plus d'exemples et les références précises à la réglementation).	3 ^e année	100% + 400 €/an
	4 ^e année et +	100% + 450 €/an
Le forfait en Euro est utilisable pour les implants et la parodontologie non remboursés par la Sécurité sociale.		
Soins et prothèses "100% santé"		
Les soins et prothèses "100% santé" sont définies par la réglementation.		
Ces prothèses incluent certaines couronnes céramo-métalliques sur incisives, canines et premières prémolaires, certaines couronnes métalliques sur les autres dents (se reporter à vos Conditions générales ou à votre Notice d'information pour trouver plus d'exemples et les références précises à la réglementation).		Frais réels dans la limite des honoraires limites de facturation définis par la réglementation
Orthodontie		
	1 ^{re} , 2 ^e année	200 €/sem. (soit 400 €/an)
Orthodontie (versé par semestre)	3 ^e année	250 €/sem. (soit 500 €/an)
	4 ^e année et +	300 €/sem. (soit 600 €/an)
AIDES AUDITIVES		
La prise en charge des aides auditives est limitée à un équipement par oreille tous les 4 ans. Ce délai de renouvellement s'entend pour chaque oreille indépendamment.		
Le remboursement d'une aide auditive ne peut pas excéder 1 700 €. Conformément à la réglementation, ce plafond de 1 700 € est calculé en y incluant le remboursement du régime obligatoire et le remboursement complémentaire éventuel des régimes locaux ou spéciaux (Alsace-Moselle, SNCF, etc.), .		
Equipements "100% santé"		
Les aides auditives "100% santé" (classe I) sont définies par la réglementation (se reporter à vos Conditions générales ou à votre Notice d'information).		Frais réels dans la limite des prix limites de vente définis par la réglementation
Aides auditives à tarifs libres		
Aides auditives à tarifs libres (classe II)		810 €/oreille
Accessoires		
Accessoires, entretien et piles pour appareil auditif		200%
CURE THERMALE		
Forfait de surveillance thermique ou pratiques médicales complémentaires par un médecin ayant adhéré à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (DPTAM)		220%
Forfait de surveillance thermique ou pratiques médicales complémentaires par un médecin n'ayant pas adhéré à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (DPTAM)		200%
Forfait thermal		200%
Frais d'hébergement et de transport, même si non remboursés par la Sécurité sociale, la cure étant remboursée par la Sécurité sociale		200 €/an
ASSISTANCE		
La description ci-dessous est un résumé des garanties d'assistance. Se référer à vos Conditions générales ou votre Notice d'information pour avoir la description complète des garanties, des limitations et des conditions d'utilisation.		
Aide-ménagère suite à une hospitalisation de plus de 24 heures et par dérogation dans les cas prévus dans vos Conditions générales ou votre Notice d'information		Dans la limite de 40 heures par an
Garde-malade suite à une hospitalisation de plus de 24 heures		Une fois par an dans la limite de 40 heures
Garde-enfants pendant une hospitalisation de plus de 24 heures		Une fois par an dans la limite de 40 heures
Garde-animaux pendant une hospitalisation de plus de 24 heures		Une fois par an dans la limite de 250 €
Soutien scolaire suite à une immobilisation au domicile ou une hospitalisation		12 semaines par an dans la limite de 15 heures par semaine

Document non contractuel

AXA France Vie - S.A. au capital de 487 725 073,50 € - RCS Nanterre 310 499 959- TVA intracommunautaire n° FR 62 310 499 959. AXA Assurances Vie Mutuelle - Société d'assurance mutuelle sur la vie et de capitalisation à cotisations fixes - Siren 353 457 245 - TVA intracommunautaire n° FR 48 353 457 245. AXA France IARD - S.A. au capital de 214 799 030 € - RCS Nanterre 722 057 460 - TVA intracommunautaire n° FR 14 722 057 460. AXA Assurances IARD Mutuelle - Société d'assurance mutuelle à cotisations fixes contre l'incendie, les accidents et risques divers - Siren 775 699 309 - TVA intracommunautaire n° FR 39 775 699 309. Sièges sociaux : 313, Terrasses de l'Arche 92727 Nanterre Cedex. Entreprises régies par le Code des assurances.



Ma Santé 150% Néo

avec **Module Confort**

Contacter l'agence AXA : 04 92 40 18 00 ou via le [site web](#).

[Simuler gratuitement un remboursement](#)

Règles générales applicables aux garanties

Les mots ou expressions soulignés sont définis dans le lexique de vos Conditions générales ou de votre Notice d'information.

Bien comprendre votre tableau de garanties

Nous prenons en charge uniquement les frais qui ont préalablement donné lieu à un remboursement par votre régime obligatoire d'assurance maladie français sauf lorsque cela est explicitement mentionné dans le tableau de garanties.

Vos garanties sont exprimées en pourcentage de la base de remboursement de la Sécurité sociale, en forfait en Euro ou en une combinaison des deux.

■ Les pourcentages intègrent les remboursements de votre régime obligatoire d'assurance maladie. Notre remboursement couvre la différence entre le taux remboursé par la Sécurité sociale et le taux affiché.

■ Les forfaits exprimés en Euro s'entendent par assuré. Lorsqu'ils sont définis par an, il s'agit de l'année d'assurance. Ils viennent en complément des remboursements de votre régime obligatoire d'assurance maladie français sauf indication spécifique. Ces forfaits ne sont pas reportables d'une année sur l'autre.

Les garanties "100% santé" et les garanties à tarifs limités ou libres ne se cumulent pas.

Les garanties du tableau sont explicitées dans vos Conditions générales ou votre Notice d'information.

Bon à savoir

- Le total des remboursements que vous percevez ne peut en aucun cas dépasser les frais réels engagés.
- La participation forfaitaire ainsi que les franchises sur les médicaments, sur les actes effectués par un auxiliaire médical et sur les transports ne sont pas prises en charge.
- Si vous ne respectez pas le parcours de soins, nous ne prenons pas en charge l'ensemble des pénalités appliquées par la Sécurité sociale (majoration du ticket modérateur, augmentation autorisée des tarifs conventionnels).

Des exclusions et des limitations de garanties générales sont indiquées dans vos Conditions générales ou votre Notice d'information. Pour les soins à l'étranger, se reporter à la rubrique « Soins à l'étranger » dans vos Conditions générales ou votre Notice d'information.

HOSPITALISATION

Honoraires

Honoraires des médecins (y compris chirurgiens) ayant adhéré à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (DPTAM)

170%⁽¹⁾

Honoraires des médecins (y compris chirurgiens) n'ayant pas adhéré à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (DPTAM)

150%⁽¹⁾

⁽¹⁾ 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 à la souscription du contrat et lors de l'ajout d'un bénéficiaire à l'exception des nouveau-nés.

Frais de séjour

Ticket modérateur sur le prix de journée ou sur les actes peu coûteux, participation forfaitaire pour les actes coûteux

- En établissement conventionné
- En établissement non conventionné

Frais réels

100%

Forfait journalier hospitalier

Forfait journalier hospitalier

Frais réels

Chambre particulière et lit pour accompagnant

Chambre particulière non remboursée par la Sécurité sociale (dans la limite de 30 jours par année d'assurance en moyen séjour)

- avec nuitée
- sans nuitée (en ambulatoire)

70 € /jour

35 € /jour

Lit pour accompagnant non remboursé par la Sécurité sociale

15 € /jour

Confort à l'hôpital

Télévision, connexion internet, téléphone (dans la limite de 30 jours par année d'assurance en moyen séjour)

5 € /jour

Hospitalisation à domicile (HAD)

Hospitalisation à domicile (HAD)

150%

SOINS COURANTS		
Honoraires médicaux		
Consultations, visites et actes (radio, petite chirurgie) de médecins généralistes et spécialistes ayant adhéré à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (DPTAM)		195%
Consultations, visites et actes (radio, petite chirurgie) de médecins généralistes et spécialistes n'ayant pas adhéré à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (DPTAM)		175%
Analyses et examens de laboratoire		
Examens médicaux (biologie, analyse médicale)		150%
Honoraires paramédicaux		
Auxiliaires médicaux (par exemple : infirmier et infirmière, sage-femme, kinésithérapeute, orthophoniste, orthoptiste)		150%
Médicaments		
Tout médicament remboursé par la Sécurité sociale		100%
Médicament prescrit et non remboursé par la Sécurité sociale		30 € /an
Matériel médical		
Prothèses, pansements, petits matériels et autres produits définis sur la Liste des Produits et Prestations remboursables de la Sécurité sociale (hors lunettes et aides auditives pour lesquelles se référer à leurs lignes spécifiques).		150%
Médecine douce et prévention		
Médecine douce (ostéopathe, chiropracteur, acupuncteur, pédicure-podologue) et psychothérapeute non remboursés par la Sécurité sociale		50 € /séance
- Nombre de séances remboursées toutes spécialités confondues	1 ^{re} , 2 ^e année 3 ^e année et +	3 séances /an 6 séances /an
Forfait prévention		
- Sevrage tabagique : Tous les 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) même non remboursés par la Sécurité sociale		
- Vaccin antigrippe prescrit non remboursé par la Sécurité sociale		90 € /an
- Consultation diététicien non remboursée par la Sécurité sociale		
- Traitement DMLA par compléments en Oméga 3 prescrit par un médecin et non remboursé par la Sécurité sociale		
- Dépistage de l'ostéoporose prescrit par un médecin et non remboursé par la Sécurité sociale		
TRANSPORT SANITAIRE		
Transports prescrits pour l'hospitalisation ou la médecine de ville		150%
OPTIQUE		
La prise en charge des lunettes est limitée à une paire tous les 2 ans pour les personnes de 16 ans et plus et à une paire tous les ans pour les enfants de moins de 16 ans , sauf en cas d'évolution de la vue objectivée par une nouvelle prescription médicale ophtalmologique.		
Le montant remboursé pour un équipement (2 verres + une monture) est dans tous les cas limité aux plafonds définis par la réglementation des contrats responsables.		
Les forfaits en Euro sur les lunettes (verres ou montures) intègrent le remboursement de la Sécurité sociale et l'éventuel remboursement complémentaire des régimes locaux ou spéciaux (Alsace-Moselle, SNCF, etc.)		
Se reporter à vos Conditions générales ou à votre Notice d'information pour plus de précisions sur les conditions de renouvellement et sur la réglementation applicable.		
Equipements "100% santé"		
Lunettes "100% santé", verres et monture de classe A, telles que définies par la réglementation		Frais réels dans la limite des prix limites de vente définis par la réglementation
Lunettes à tarifs libres		
Verres de classe B		
La Grille optique B vous permet un remboursement sans reste à charge dans le réseau Itelis sur une sélection de verres et de traitements. Elle définit un forfait de remboursement par verre en fonction de leur correction en dehors du réseau Itelis. La Grille optique B est décrite en annexe de ce document.		Grille optique B
Monture de classe B	1 ^{re} , 2 ^e année 3 ^e année et +	75 € pour la monture 100 € pour la monture
Lentilles		
Les lentilles prescrites sont prises en charge même si non remboursées par la Sécurité sociale. Le ticket modérateur des lentilles remboursées par la Sécurité sociale est pris en charge même si le forfait annuel est épuisé.		200 € /an
Chirurgie réfractive		
Opération de la myopie, de l'hypermétropie, de l'astigmatisme et de la presbytie par laser, non remboursée par la Sécurité sociale		290 € /œil

DENTAIRE		
Soins		
Consultations et soins dentaires (hors inlays-onlays d'obturation), chirurgie et parodontologie remboursée		150%
Prothèses		
Prothèses à tarifs limités, prothèses à tarifs libres, inlays-onlays d'obturation		
Les prothèses à tarifs limités et les prothèses à tarifs libres sont définies par la réglementation. Pour les prothèses à tarifs limités, notre garantie ne peut dépasser les honoraires limites de facturation réglementaires.		
	1 ^{re} , 2 ^e année	100% + 300 € /an

Les prothèses à tarifs limités incluent certaines couronnes céramo-métalliques sur deuxièmes prémolaires et molaires ; les prothèses à tarifs libres incluent certaines couronnes céramo-céramiques (se reporter à vos Conditions générales ou à votre Notice d'information pour trouver plus d'exemples et les références précises à la réglementation).		
	3 ^e année	100% + 400 € /an

Le forfait en Euro est utilisable pour les implants et la parodontologie non remboursés par la Sécurité sociale.		
	4 ^e année et +	100% + 450 € /an
Soins et prothèses "100% santé"		
Les soins et prothèses "100% santé" sont définis par la réglementation.		
Ces prothèses incluent certaines couronnes céramo-métalliques sur incisives, canines et premières prémolaires, certaines couronnes métalliques sur les autres dents (se reporter à vos Conditions générales ou à votre Notice d'information pour trouver plus d'exemples et les références précises à la réglementation).		
		Frais réels dans la limite des honoraires limites de facturation définis par la réglementation
Orthodontie		
	1 ^{re} , 2 ^e année	200 € /sem. (soit 400 € /an)

Orthodontie (versé par semestre)	3 ^e année	250 € /sem. (soit 500 € /an)

	4 ^e année et +	300 € /sem. (soit 600 € /an)
AIDES AUDITIVES		
La prise en charge des aides auditives est limitée à un équipement par oreille tous les 4 ans. Ce délai de renouvellement s'entend pour chaque oreille indépendamment.		
Le remboursement d'une aide auditive ne peut pas excéder 1 700 €. Conformément à la réglementation, ce plafond de 1 700 € est calculé en y incluant le remboursement du régime obligatoire et le remboursement complémentaire éventuel des régimes locaux ou spéciaux (Alsace-Moselle, SNCF, etc.), .		
Equipements "100% santé"		
Les aides auditives "100% santé" (classe I) sont définies par la réglementation (se reporter à vos Conditions générales ou à votre Notice d'information).		
		Frais réels dans la limite des prix limites de vente définis par la réglementation
Aides auditives à tarifs libres		
Aides auditives à tarifs libres (classe II)		810 € /oreille
Accessoires		
Accessoires, entretien et piles pour appareil auditif		200%
CURE THERMALE		
Forfait de surveillance thermique ou pratiques médicales complémentaires par un médecin ayant adhéré à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (DPTAM)		220%

Forfait de surveillance thermique ou pratiques médicales complémentaires par un médecin n'ayant pas adhéré à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (DPTAM)		200%

Forfait thermal		200%

Frais d'hébergement et de transport, même si non remboursés par la Sécurité sociale, la cure étant remboursée par la Sécurité sociale		200 € /an
ASSISTANCE		
La description ci-dessous est un résumé des garanties d'assistance. Se référer à vos Conditions générales ou votre Notice d'information pour avoir la description complète des garanties, des limitations et des conditions d'utilisation.		
Aide-ménagère suite à une hospitalisation de plus de 24 heures et par dérogation dans les cas prévus dans vos Conditions générales ou votre Notice d'information		Dans la limite de 40 heures par an
Garde-malade suite à une hospitalisation de plus de 24 heures		Une fois par an dans la limite de 40 heures
Garde-enfants pendant une hospitalisation de plus de 24 heures		Une fois par an dans la limite de 40 heures
Garde-animaux pendant une hospitalisation de plus de 24 heures		Une fois par an dans la limite de 250 €
Soutien scolaire suite à une immobilisation au domicile ou une hospitalisation		12 semaines par an dans la limite de 15 heures par semaine

Document non contractuel

AXA France Vie - S.A. au capital de 487 725 073,50 € - RCS Nanterre 310 499 959- TVA intracommunautaire n° FR 62 310 499 959. AXA Assurances Vie Mutuelle - Société d'assurance mutuelle sur la vie et de capitalisation à cotisations fixes - Siren 353 457 245 - TVA intracommunautaire n° FR 48 353 457 245. AXA France IARD - S.A. au capital de 214 799 030 € - RCS Nanterre 722 057 460 - TVA intracommunautaire n° FR 14 722 057 460. AXA Assurances IARD Mutuelle - Société d'assurance mutuelle à cotisations fixes contre l'incendie, les accidents et risques divers - Siren 775 699 309 - TVA intracommunautaire n° FR 39 775 699 309. Sièges sociaux : 313, Terrasses de l'Arche 92727 Nanterre Cedex. Entreprises régies par le Code des assurances.





Ma Santé 125% Néo

Contacter l'agence AXA : 04 92 40 18 00 ou via le [site web](#).

[Simuler gratuitement un remboursement](#)

Règles générales applicables aux garanties

Les mots ou expressions soulignés sont définis dans le lexique de vos Conditions générales ou de votre Notice d'information.

Bien comprendre votre tableau de garanties

Nous prenons en charge uniquement les frais qui ont préalablement donné lieu à un remboursement par votre régime obligatoire d'assurance maladie français sauf lorsque cela est explicitement mentionné dans le tableau de garanties.

Vos garanties sont exprimées en pourcentage de la base de remboursement de la Sécurité sociale, en forfait en Euro ou en une combinaison des deux.

■ Les pourcentages intègrent les remboursements de votre régime obligatoire d'assurance maladie. Notre remboursement couvre la différence entre le taux remboursé par la Sécurité sociale et le taux affiché.

■ Les forfaits exprimés en Euro s'entendent **par assuré**. Lorsqu'ils sont définis par an, il s'agit de l'année d'assurance. Ils viennent en complément des remboursements de votre régime obligatoire d'assurance maladie français sauf indication spécifique. Ces forfaits ne sont pas reportables d'une année sur l'autre.

Les garanties "100% santé" et les garanties à tarifs limités ou libres ne se cumulent pas.

Les garanties du tableau sont explicitées dans vos Conditions générales ou votre Notice d'information.

Bon à savoir

- Le total des remboursements que vous percevez ne peut en aucun cas dépasser les frais réels engagés.
- La participation forfaitaire ainsi que les franchises sur les médicaments, sur les actes effectués par un auxiliaire médical et sur les transports ne sont pas prises en charge.
- Si vous ne respectez pas le parcours de soins, nous ne prenons pas en charge l'ensemble des pénalités appliquées par la Sécurité sociale (majoration du ticket modérateur, augmentation autorisée des tarifs conventionnels).

Des exclusions et des limitations de garanties générales sont indiquées dans vos Conditions générales ou votre Notice d'information. Pour les soins à l'étranger, se reporter à la rubrique « Soins à l'étranger » dans vos Conditions générales ou votre Notice d'information.

HOSPITALISATION

Honoraires

Honoraires des médecins (y compris chirurgiens) ayant adhéré à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (DPTAM)

145%⁽¹⁾

Honoraires des médecins (y compris chirurgiens) n'ayant pas adhéré à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (DPTAM)

125%⁽¹⁾

⁽¹⁾ 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 à la souscription du contrat et lors de l'ajout d'un bénéficiaire à l'exception des nouveau-nés.

Frais de séjour

Ticket modérateur sur le prix de journée ou sur les actes peu coûteux, participation forfaitaire pour les actes coûteux

- En établissement conventionné
- En établissement non conventionné

Frais réels
100%

Forfait journalier hospitalier

Forfait journalier hospitalier

Frais réels

Chambre particulière et lit pour accompagnant

Chambre particulière non remboursée par la Sécurité sociale (dans la limite de 30 jours par année d'assurance en moyen séjour)

- avec nuitée
- sans nuitée (en ambulatoire)

60 €/jour
30 €/jour

Lit pour accompagnant non remboursé par la Sécurité sociale

15 €/jour

Confort à l'hôpital

Télévision, connexion internet, téléphone (dans la limite de 30 jours par année d'assurance en moyen séjour)

3 €/jour

Hospitalisation à domicile (HAD)

Hospitalisation à domicile (HAD)

125%

SOINS COURANTS		
Honoraires médicaux		
Consultations, visites et actes (radio, petite chirurgie) de médecins généralistes et spécialistes ayant adhéré à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (DPTAM)		145%
Consultations, visites et actes (radio, petite chirurgie) de médecins généralistes et spécialistes n'ayant pas adhéré à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (DPTAM)		125%
Analyses et examens de laboratoire		
Examens médicaux (biologie, analyse médicale)		125%
Honoraires paramédicaux		
Auxiliaires médicaux (par exemple : infirmier et infirmière, sage-femme, kinésithérapeute, orthophoniste, orthoptiste)		125%
Médicaments		
Médicaments à service médical rendu majeur ou important (ex-vignette blanche)		100%
Médicaments à service médical rendu modéré (ex-vignette bleue)		100%
Médicaments à service médical rendu faible (ex-vignette orange)		Non pris en charge
Matériel médical		
Prothèses, pansements, petits matériels et autres produits définis sur la Liste des Produits et Prestations remboursables de la Sécurité sociale (hors lunettes et aides auditives pour lesquelles se référer à leurs lignes spécifiques).		125%
Médecine douce et prévention		
Médecine douce (ostéopathe, chiropracteur, acupuncteur, pédicure-podologue) et psychothérapeute non remboursés par la Sécurité sociale		25 €/séance
- Nombre de séances remboursées toutes spécialités confondues	1 ^{re} , 2 ^e année 3 ^e année et +	3 séances /an 6 séances /an
Forfait prévention		
- Sevrage tabagique : Tous les 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) même non remboursés par la Sécurité sociale		70 €/an
- Vaccin antigrippe prescrit même non remboursé par la Sécurité sociale		
- Consultation diététicien non remboursée par la Sécurité sociale		
TRANSPORT SANITAIRE		
Transports prescrits pour l'hospitalisation ou la médecine de ville		125%
OPTIQUE		
La prise en charge des lunettes est limitée à une paire tous les 2 ans pour les personnes de 16 ans et plus et à une paire tous les ans pour les enfants de moins de 16 ans , sauf en cas d'évolution de la vue objectivée par une nouvelle prescription médicale ophtalmologique.		
Le montant remboursé pour un équipement (2 verres + une monture) est dans tous les cas limité aux plafonds définis par la réglementation des contrats responsables.		
Les forfaits en Euro sur les lunettes (verres ou montures) intègrent le remboursement de la Sécurité sociale et l'éventuel remboursement complémentaire des régimes locaux ou spéciaux (Alsace-Moselle, SNCF, etc.)		
Se reporter à vos Conditions générales ou à votre Notice d'information pour plus de précisions sur les conditions de renouvellement et sur la réglementation applicable.		
Equipements "100% santé"		
Lunettes "100% santé", verres et monture de classe A, telles que définies par la réglementation		Frais réels dans la limite des prix limites de vente définis par la réglementation
Lunettes à tarifs libres		
Verres de classe B		
La Grille optique A vous permet un remboursement sans reste à charge dans le réseau Itelis sur une sélection de verres et de traitements. Elle définit un forfait de remboursement par verre en fonction de leur correction en dehors du réseau Itelis. La Grille optique A est décrite en annexe de ce document.		Grille optique A
	1 ^{re} , 2 ^e année	50 € pour la monture
	3 ^e année	75 € pour la monture
	4 ^e année et +	100 € pour la monture
Monture de classe B		
Lentilles		
Les lentilles prescrites sont prises en charge même si non remboursées par la Sécurité sociale. Le ticket modérateur des lentilles remboursées par la Sécurité sociale est pris en charge même si le forfait annuel est épuisé.		120 €/an
Chirurgie réfractive		
Opération de la myopie, de l'hypermétropie, de l'astigmatisme et de la presbytie par laser, non remboursée par la Sécurité sociale		170 €/œil

DENTAIRE		
Soins		
Consultations et soins dentaires (hors inlays-onlays d'obturation), chirurgie et parodontologie remboursée		125%
Prothèses		
Prothèses à tarifs limités, prothèses à tarifs libres, inlays-onlays d'obturation		
Les prothèses à tarifs limités et les prothèses à tarifs libres sont définies par la réglementation. Pour les prothèses à tarifs limités, notre garantie ne peut dépasser les honoraires limites de facturation réglementaires.		1 ^{re} , 2 ^e année 100% + 170 €/an
Les prothèses à tarifs limités incluent certaines couronnes céramo-métalliques sur deuxièmes prémolaires et molaires ; les prothèses à tarifs libres incluent certaines couronnes céramo-céramiques (se reporter à vos Conditions générales ou à votre Notice d'information pour trouver plus d'exemples et les références précises à la réglementation).		3 ^e année 100% + 250 €/an
Le forfait en Euro est utilisable pour les implants et la parodontologie non remboursés par la Sécurité sociale.		4 ^e année et + 100% + 300 €/an
Soins et prothèses "100% santé"		
Les soins et prothèses "100% santé" sont définis par la réglementation. Ces prothèses incluent certaines couronnes céramo-métalliques sur incisives, canines et premières prémolaires, certaines couronnes métalliques sur les autres dents (se reporter à vos Conditions générales ou à votre Notice d'information pour trouver plus d'exemples et les références précises à la réglementation).		Frais réels dans la limite des honoraires limites de facturation définis par la réglementation
Orthodontie		
Orthodontie (versé par semestre)	1 ^{re} , 2 ^e année	100 €/sem. (soit 200 €/an)
	3 ^e année	150 €/sem. (soit 300 €/an)
	4 ^e année et +	200 €/sem. (soit 400 €/an)
AIDES AUDITIVES		
La prise en charge des aides auditives est limitée à un équipement par oreille tous les 4 ans. Ce délai de renouvellement s'entend pour chaque oreille indépendamment.		
Le remboursement d'une aide auditive ne peut pas excéder 1 700 €. Conformément à la réglementation, ce plafond de 1 700 € est calculé en y incluant le remboursement du régime obligatoire et le remboursement complémentaire éventuel des régimes locaux ou spéciaux (Alsace-Moselle, SNCF, etc.), .		
Equipements "100% santé"		
Les aides auditives "100% santé" (classe I) sont définies par la réglementation (se reporter à vos Conditions générales ou à votre Notice d'information).		Frais réels dans la limite des prix limites de vente définis par la réglementation
Aides auditives à tarifs libres		
Aides auditives à tarifs libres (classe II)		710 €/oreille
Accessoires		
Accessoires, entretien et piles pour appareil auditif		125%
CURE THERMALE		
Cure thermique		Non pris en charge
ASSISTANCE		
La description ci-dessous est un résumé des garanties d'assistance. Se référer à vos Conditions générales ou votre Notice d'information pour avoir la description complète des garanties, des limitations et des conditions d'utilisation.		
Aide-ménagère suite à une hospitalisation de plus de 24 heures et par dérogation dans les cas prévus dans vos Conditions générales ou votre Notice d'information		Dans la limite de 40 heures par an
Garde-malade suite à une hospitalisation de plus de 24 heures		Une fois par an dans la limite de 40 heures
Garde-enfants pendant une hospitalisation de plus de 24 heures		Une fois par an dans la limite de 40 heures
Garde-animaux pendant une hospitalisation de plus de 24 heures		Une fois par an dans la limite de 250 €
Soutien scolaire suite à une immobilisation au domicile ou une hospitalisation		12 semaines par an dans la limite de 15 heures par semaine



Ma Santé 125% Néo

avec **Module Hospi**

Contacter l'agence AXA : 04 92 40 18 00 ou via le [site web](#).

[Simuler gratuitement un remboursement](#)

Règles générales applicables aux garanties

Les mots ou expressions soulignés sont définis dans le lexique de vos Conditions générales ou de votre Notice d'information.

Bien comprendre votre tableau de garanties

Nous prenons en charge uniquement les frais qui ont préalablement donné lieu à un remboursement par votre régime obligatoire d'assurance maladie français sauf lorsque cela est explicitement mentionné dans le tableau de garanties.

Vos garanties sont exprimées en pourcentage de la base de remboursement de la Sécurité sociale, en forfait en Euro ou en une combinaison des deux.

■ Les pourcentages intègrent les remboursements de votre régime obligatoire d'assurance maladie. Notre remboursement couvre la différence entre le taux remboursé par la Sécurité sociale et le taux affiché.

■ Les forfaits exprimés en Euro s'entendent par assuré. Lorsqu'ils sont définis par an, il s'agit de l'année d'assurance. Ils viennent en complément des remboursements de votre régime obligatoire d'assurance maladie français sauf indication spécifique. Ces forfaits ne sont pas reportables d'une année sur l'autre.

Les garanties "100% santé" et les garanties à tarifs limités ou libres ne se cumulent pas.

Les garanties du tableau sont explicitées dans vos Conditions générales ou votre Notice d'information.

Bon à savoir

- Le total des remboursements que vous percevez ne peut en aucun cas dépasser les frais réels engagés.
- La participation forfaitaire ainsi que les franchises sur les médicaments, sur les actes effectués par un auxiliaire médical et sur les transports ne sont pas prises en charge.
- Si vous ne respectez pas le parcours de soins, nous ne prenons pas en charge l'ensemble des pénalités appliquées par la Sécurité sociale (majoration du ticket modérateur, augmentation autorisée des tarifs conventionnels).

Des exclusions et des limitations de garanties générales sont indiquées dans vos Conditions générales ou votre Notice d'information. Pour les soins à l'étranger, se reporter à la rubrique « Soins à l'étranger » dans vos Conditions générales ou votre Notice d'information.

HOSPITALISATION

Honoraires

Honoraires des médecins (y compris chirurgiens) ayant adhéré à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (DPTAM)	1 ^{re} année	220% ⁽¹⁾
	2 ^e année et +	400% ⁽¹⁾
Honoraires des médecins (y compris chirurgiens) n'ayant pas adhéré à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (DPTAM)	1 ^{re} année	200% ⁽¹⁾
	2 ^e année et +	200% ⁽¹⁾

⁽¹⁾ 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 à la souscription du contrat et lors de l'ajout d'un bénéficiaire à l'exception des nouveau-nés.

Frais de séjour

Ticket modérateur sur le prix de journée ou sur les actes peu coûteux, participation forfaitaire pour les actes coûteux

- En établissement conventionné	Frais réels
- En établissement non conventionné	100%

Forfait journalier hospitalier

Forfait journalier hospitalier	Frais réels
--------------------------------	-------------

Chambre particulière et lit pour accompagnant

Chambre particulière non remboursée par la Sécurité sociale (dans la limite de 30 jours par année d'assurance en moyen séjour)	- avec nuitée	90 € /jour
	- sans nuitée (en ambulatoire)	45 € /jour

Lit pour accompagnant non remboursé par la Sécurité sociale	15 € /jour
---	------------

Confort à l'hôpital

Télévision, connexion internet, téléphone (dans la limite de 30 jours par année d'assurance en moyen séjour)	10 € /jour
--	------------

Hospitalisation à domicile (HAD)

Hospitalisation à domicile (HAD)	125%
----------------------------------	------

SOINS COURANTS		
Honoraires médicaux		
Consultations, visites et actes (radio, petite chirurgie) de médecins généralistes et spécialistes ayant adhéré à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (DPTAM)		145%
Consultations, visites et actes (radio, petite chirurgie) de médecins généralistes et spécialistes n'ayant pas adhéré à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (DPTAM)		125%
Analyses et examens de laboratoire		
Examens médicaux (biologie, analyse médicale)		125%
Honoraires paramédicaux		
Auxiliaires médicaux (par exemple : infirmier et infirmière, sage-femme, kinésithérapeute, orthophoniste, orthoptiste)		125%
Médicaments		
Médicaments à service médical rendu majeur ou important (ex-vignette blanche)		100%
Médicaments à service médical rendu modéré (ex-vignette bleue)		100%
Médicaments à service médical rendu faible (ex-vignette orange)		Non pris en charge
Matériel médical		
Prothèses, pansements, petits matériels et autres produits définis sur la Liste des Produits et Prestations remboursables de la Sécurité sociale (hors lunettes et aides auditives pour lesquelles se référer à leurs lignes spécifiques).		125%
Médecine douce et prévention		
Médecine douce (ostéopathe, chiropracteur, acupuncteur, pédicure-podologue) et psychothérapeute non remboursés par la Sécurité sociale		25 €/séance
- Nombre de séances remboursées toutes spécialités confondues	1 ^{re} , 2 ^e année	3 séances /an
	3 ^e année et +	6 séances /an
Forfait prévention		
- Sevrage tabagique : Tous les 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) même non remboursés par la Sécurité sociale		70 €/an
- Vaccin antigrippe prescrit même non remboursé par la Sécurité sociale		
- Consultation diététicien non remboursée par la Sécurité sociale		
TRANSPORT SANITAIRE		
Transports prescrits pour l'hospitalisation ou la médecine de ville		125%
OPTIQUE		
La prise en charge des lunettes est limitée à une paire tous les 2 ans pour les personnes de 16 ans et plus et à une paire tous les ans pour les enfants de moins de 16 ans , sauf en cas d'évolution de la vue objectivée par une nouvelle prescription médicale ophtalmologique.		
Le montant remboursé pour un équipement (2 verres + une monture) est dans tous les cas limité aux plafonds définis par la réglementation des contrats responsables.		
Les forfaits en Euro sur les lunettes (verres ou montures) intègrent le remboursement de la Sécurité sociale et l'éventuel remboursement complémentaire des régimes locaux ou spéciaux (Alsace-Moselle, SNCF, etc.)		
Se reporter à vos Conditions générales ou à votre Notice d'information pour plus de précisions sur les conditions de renouvellement et sur la réglementation applicable.		
Equipements "100% santé"		
Lunettes "100% santé", verres et monture de classe A, telles que définies par la réglementation		Frais réels dans la limite des prix limites de vente définis par la réglementation
Lunettes à tarifs libres		
Verres de classe B		
La Grille optique A vous permet un remboursement sans reste à charge dans le réseau Itelis sur une sélection de verres et de traitements. Elle définit un forfait de remboursement par verre en fonction de leur correction en dehors du réseau Itelis. La Grille optique A est décrite en annexe de ce document.		Grille optique A
Monture de classe B	1 ^{re} , 2 ^e année	50 € pour la monture
	3 ^e année	75 € pour la monture
	4 ^e année et +	100 € pour la monture
Lentilles		
Les lentilles prescrites sont prises en charge même si non remboursées par la Sécurité sociale. Le ticket modérateur des lentilles remboursées par la Sécurité sociale est pris en charge même si le forfait annuel est épuisé.		120 €/an
Chirurgie réfractive		
Opération de la myopie, de l'hypermétropie, de l'astigmatisme et de la presbytie par laser, non remboursée par la Sécurité sociale		170 €/œil

DENTAIRE		
Soins		
Consultations et soins dentaires (hors inlays-onlays d'obturation), chirurgie et parodontologie remboursée		125%
Prothèses		
Prothèses à tarifs limités, prothèses à tarifs libres, inlays-onlays d'obturation		
Les prothèses à tarifs limités et les prothèses à tarifs libres sont définies par la réglementation. Pour les prothèses à tarifs limités, notre garantie ne peut dépasser les honoraires limites de facturation réglementaires.	1 ^{re} , 2 ^e année	100% + 170 € /an
Les prothèses à tarifs limités incluent certaines couronnes céramo-métalliques sur deuxième prémolaires et molaires ; les prothèses à tarifs libres incluent certaines couronnes céramo-céramiques (se reporter à vos Conditions générales ou à votre Notice d'information pour trouver plus d'exemples et les références précises à la réglementation).	3 ^e année	100% + 250 € /an
Le forfait en Euro est utilisable pour les implants et la parodontologie non remboursés par la Sécurité sociale.	4 ^e année et +	100% + 300 € /an
Soins et prothèses "100% santé"		
Les soins et prothèses "100% santé" sont définies par la réglementation. Ces prothèses incluent certaines couronnes céramo-métalliques sur incisives, canines et premières prémolaires, certaines couronnes métalliques sur les autres dents (se reporter à vos Conditions générales ou à votre Notice d'information pour trouver plus d'exemples et les références précises à la réglementation).		Frais réels dans la limite des honoraires limites de facturation définis par la réglementation
Orthodontie		
	1 ^{re} , 2 ^e année	100 €/sem. (soit 200 € /an)
Orthodontie (versé par semestre)	3 ^e année	150 €/sem. (soit 300 € /an)
	4 ^e année et +	200 €/sem. (soit 400 € /an)
AIDES AUDITIVES		
La prise en charge des aides auditives est limitée à un équipement par oreille tous les 4 ans. Ce délai de renouvellement s'entend pour chaque oreille indépendamment.		
Le remboursement d'une aide auditive ne peut pas excéder 1700 €. Conformément à la réglementation, ce plafond de 1700 € est calculé en y incluant le remboursement du régime obligatoire et le remboursement complémentaire éventuel des régimes locaux ou spéciaux (Alsace-Moselle, SNCF, etc.).		
Equipements "100% santé"		
Les aides auditives "100% santé" (classe I) sont définies par la réglementation (se reporter à vos Conditions générales ou à votre Notice d'information).		Frais réels dans la limite des prix limites de vente définis par la réglementation
Aides auditives à tarifs libres		
Aides auditives à tarifs libres (classe II)		710 € /oreille
Accessoires		
Accessoires, entretien et piles pour appareil auditif		125%
CURE THERMALE		
Cure thermique		Non pris en charge
ASSISTANCE		
La description ci-dessous est un résumé des garanties d'assistance. Se référer à vos Conditions générales ou votre Notice d'information pour avoir la description complète des garanties, des limitations et des conditions d'utilisation.		
Aide-ménagère suite à une hospitalisation de plus de 24 heures et par dérogation dans les cas prévus dans vos Conditions générales ou votre Notice d'information		Dans la limite de 40 heures par an
Garde-malade suite à une hospitalisation de plus de 24 heures		Une fois par an dans la limite de 40 heures
Garde-enfants pendant une hospitalisation de plus de 24 heures		Une fois par an dans la limite de 40 heures
Garde-animaux pendant une hospitalisation de plus de 24 heures		Une fois par an dans la limite de 250 €
Soutien scolaire suite à une immobilisation au domicile ou une hospitalisation		12 semaines par an dans la limite de 15 heures par semaine

Document non contractuel

AXA France Vie - S.A. au capital de 487 725 073,50 € - RCS Nanterre 310 499 959- TVA intracommunautaire n° FR 62 310 499 959. AXA Assurances Vie Mutuelle - Société d'assurance mutuelle sur la vie et de capitalisation à cotisations fixes - Siren 353 457 245 - TVA intracommunautaire n° FR 48 353 457 245. AXA France IARD - S.A. au capital de 214 799 030 € - RCS Nanterre 722 057 460 - TVA intracommunautaire n° FR 14 722 057 460. AXA Assurances IARD Mutuelle - Société d'assurance mutuelle à cotisations fixes contre l'incendie, les accidents et risques divers - Siren 775 699 309 - TVA intracommunautaire n° FR 39 775 699 309. Sièges sociaux : 313, Terrasses de l'Arche 92727 Nanterre Cedex. Entreprises régies par le Code des assurances.

MA125RHOS
3/3



Réf : 974815 09 2022 -



Ma Santé 125% Néo

avec **Module Hospi + Optique & Dentaire**

Contacter l'agence AXA : 04 92 40 18 00 ou via le [site web](#).

[Simuler gratuitement un remboursement](#)

Règles générales applicables aux garanties

Les mots ou expressions soulignés sont définis dans le lexique de vos Conditions générales ou de votre Notice d'information.

Bien comprendre votre tableau de garanties

Nous prenons en charge uniquement les frais qui ont préalablement donné lieu à un remboursement par votre régime obligatoire d'assurance maladie français sauf lorsque cela est explicitement mentionné dans le tableau de garanties.

Vos garanties sont exprimées en pourcentage de la base de remboursement de la Sécurité sociale, en forfait en Euro ou en une combinaison des deux.

■ Les pourcentages intègrent les remboursements de votre régime obligatoire d'assurance maladie. Notre remboursement couvre la différence entre le taux remboursé par la Sécurité sociale et le taux affiché.

■ Les forfaits exprimés en Euro s'entendent **par assuré**. Lorsqu'ils sont définis par an, il s'agit de l'année d'assurance. Ils viennent en complément des remboursements de votre régime obligatoire d'assurance maladie français sauf indication spécifique. Ces forfaits ne sont pas reportables d'une année sur l'autre.

Les garanties "100% santé" et les garanties à tarifs limités ou libres ne se cumulent pas.

Les garanties du tableau sont explicitées dans vos Conditions générales ou votre Notice d'information.

Bon à savoir

- Le total des remboursements que vous percevez ne peut en aucun cas dépasser les frais réels engagés.
- La participation forfaitaire ainsi que les franchises sur les médicaments, sur les actes effectués par un auxiliaire médical et sur les transports ne sont pas prises en charge.
- Si vous ne respectez pas le parcours de soins, nous ne prenons pas en charge l'ensemble des pénalités appliquées par la Sécurité sociale (majoration du ticket modérateur, augmentation autorisée des tarifs conventionnels).

Des exclusions et des limitations de garanties générales sont indiquées dans vos Conditions générales ou votre Notice d'information. Pour les soins à l'étranger, se reporter à la rubrique « Soins à l'étranger » dans vos Conditions générales ou votre Notice d'information.

HOSPITALISATION

Honoraires

Honoraires des médecins (y compris chirurgiens) ayant adhéré à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (DPTAM)	1 ^{re} année	220% ⁽¹⁾
	2 ^e année et +	400% ⁽¹⁾
Honoraires des médecins (y compris chirurgiens) n'ayant pas adhéré à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (DPTAM)	1 ^{re} année	200% ⁽¹⁾
	2 ^e année et +	200% ⁽¹⁾

⁽¹⁾ 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 à la souscription du contrat et lors de l'ajout d'un bénéficiaire à l'exception des nouveau-nés.

Frais de séjour

Ticket modérateur sur le prix de journée ou sur les actes peu coûteux, participation forfaitaire pour les actes coûteux

- En établissement conventionné
- En établissement non conventionné

Frais réels

100%

Forfait journalier hospitalier

Forfait journalier hospitalier

Frais réels

Chambre particulière et lit pour accompagnant

Chambre particulière non remboursée par la Sécurité sociale (dans la limite de 30 jours par année d'assurance en moyen séjour)

- avec nuitée
- sans nuitée (en ambulatoire)

90 € /jour

45 € /jour

Lit pour accompagnant non remboursé par la Sécurité sociale

15 € /jour

Confort à l'hôpital

Télévision, connexion internet, téléphone (dans la limite de 30 jours par année d'assurance en moyen séjour)

10 € /jour

Hospitalisation à domicile (HAD)

Hospitalisation à domicile (HAD)

125%

SOINS COURANTS		
Honoraires médicaux		
Consultations, visites et actes (radio, petite chirurgie) de médecins généralistes et spécialistes ayant adhéré à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (DPTAM)		145%
Consultations, visites et actes (radio, petite chirurgie) de médecins généralistes et spécialistes n'ayant pas adhéré à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (DPTAM)		125%
Analyses et examens de laboratoire		
Examens médicaux (biologie, analyse médicale)		125%
Honoraires paramédicaux		
Auxiliaires médicaux (par exemple : infirmier et infirmière, sage-femme, kinésithérapeute, orthophoniste, orthoptiste)		125%
Médicaments		
Médicaments à service médical rendu majeur ou important (ex-vignette blanche)		100%
Médicaments à service médical rendu modéré (ex-vignette bleue)		100%
Médicaments à service médical rendu faible (ex-vignette orange)		Non pris en charge
Matériel médical		
Prothèses, pansements, petits matériels et autres produits définis sur la Liste des Produits et Prestations remboursables de la Sécurité sociale (hors lunettes et aides auditives pour lesquelles se référer à leurs lignes spécifiques).		125%
Médecine douce et prévention		
Médecine douce (ostéopathe, chiropracteur, acupuncteur, pédicure-podologue) et psychothérapeute non remboursés par la Sécurité sociale		25 € /séance
- Nombre de séances remboursées toutes spécialités confondues	1 ^{re} , 2 ^e année	3 séances /an
	3 ^e année et +	6 séances /an
Forfait prévention		
- Sevrage tabagique : Tous les 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) même non remboursés par la Sécurité sociale		70 € /an
- Vaccin antigrippe prescrit même non remboursé par la Sécurité sociale		
- Consultation diététicien non remboursée par la Sécurité sociale		
TRANSPORT SANITAIRE		
Transports prescrits pour l'hospitalisation ou la médecine de ville		125%
OPTIQUE		
La prise en charge des lunettes est limitée à une paire tous les 2 ans pour les personnes de 16 ans et plus et à une paire tous les ans pour les enfants de moins de 16 ans , sauf en cas d'évolution de la vue objectivée par une nouvelle prescription médicale ophtalmologique.		
Le montant remboursé pour un équipement (2 verres + une monture) est dans tous les cas limité aux plafonds définis par la réglementation des contrats responsables.		
Les forfaits en Euro sur les lunettes (verres ou montures) intègrent le remboursement de la Sécurité sociale et l'éventuel remboursement complémentaire des régimes locaux ou spéciaux (Alsace-Moselle, SNCF, etc.)		
Se reporter à vos Conditions générales ou à votre Notice d'information pour plus de précisions sur les conditions de renouvellement et sur la réglementation applicable.		
Equipements "100% santé"		
Lunettes "100% santé", verres et monture de classe A, telles que définies par la réglementation		Frais réels dans la limite des prix limites de vente définis par la réglementation
Lunettes à tarifs libres		
Verres de classe B		Grille optique B
La Grille optique B vous permet un remboursement sans reste à charge dans le réseau Itelis sur une sélection de verres et de traitements. Elle définit un forfait de remboursement par verre en fonction de leur correction en dehors du réseau Itelis. La Grille optique B est décrite en annexe de ce document.		
Monture de classe B	1 ^{re} , 2 ^e année	75 € pour la monture
	3 ^e année et +	100 € pour la monture
Lentilles		
Les lentilles prescrites sont prises en charge même si non remboursées par la Sécurité sociale. Le ticket modérateur des lentilles remboursées par la Sécurité sociale est pris en charge même si le forfait annuel est épuisé.		200 € /an
Chirurgie réfractive		
Opération de la myopie, de l'hypermétropie, de l'astigmatisme et de la presbytie par laser, non remboursée par la Sécurité sociale		290 € /œil

DENTAIRE		
Soins		
Consultations et soins dentaires (hors inlays-onlays d'obturation), chirurgie et parodontologie remboursée		150%
Prothèses		
Prothèses à tarifs limités, prothèses à tarifs libres, inlays-onlays d'obturation		
Les prothèses à tarifs limités et les prothèses à tarifs libres sont définies par la réglementation. Pour les prothèses à tarifs limités, notre garantie ne peut dépasser les honoraires limites de facturation réglementaires.	1 ^{re} , 2 ^e année	100% + 300 €/an
Les prothèses à tarifs limités incluent certaines couronnes céramo-métalliques sur deuxièmes prémolaires et molaires ; les prothèses à tarifs libres incluent certaines couronnes céramo-céramiques (se reporter à vos Conditions générales ou à votre Notice d'information pour trouver plus d'exemples et les références précises à la réglementation).	3 ^e année	100% + 400 €/an
Le forfait en Euro est utilisable pour les implants et la parodontologie non remboursés par la Sécurité sociale.	4 ^e année et +	100% + 450 €/an
Soins et prothèses "100% santé"		
Les soins et prothèses "100% santé" sont définis par la réglementation. Ces prothèses incluent certaines couronnes céramo-métalliques sur incisives, canines et premières prémolaires, certaines couronnes métalliques sur les autres dents (se reporter à vos Conditions générales ou à votre Notice d'information pour trouver plus d'exemples et les références précises à la réglementation).		Frais réels dans la limite des honoraires limites de facturation définis par la réglementation
Orthodontie		
	1 ^{re} , 2 ^e année	200 €/sem. (soit 400 €/an)
Orthodontie (versé par semestre)	3 ^e année	250 €/sem. (soit 500 €/an)
	4 ^e année et +	300 €/sem. (soit 600 €/an)
AIDES AUDITIVES		
La prise en charge des aides auditives est limitée à un équipement par oreille tous les 4 ans. Ce délai de renouvellement s'entend pour chaque oreille indépendamment.		
Le remboursement d'une aide auditive ne peut pas excéder 1 700 €. Conformément à la réglementation, ce plafond de 1 700 € est calculé en y incluant le remboursement du régime obligatoire et le remboursement complémentaire éventuel des régimes locaux ou spéciaux (Alsace-Moselle, SNCF, etc.), .		
Equipements "100% santé"		
Les aides auditives "100% santé" (classe I) sont définies par la réglementation (se reporter à vos Conditions générales ou à votre Notice d'information).		Frais réels dans la limite des prix limites de vente définis par la réglementation
Aides auditives à tarifs libres		
Aides auditives à tarifs libres (classe II)		710 €/oreille
Accessoires		
Accessoires, entretien et piles pour appareil auditif		125%
CURE THERMALE		
Cure thermale		Non pris en charge
ASSISTANCE		
La description ci-dessous est un résumé des garanties d'assistance. Se référer à vos Conditions générales ou votre Notice d'information pour avoir la description complète des garanties, des limitations et des conditions d'utilisation.		
Aide-ménagère suite à une hospitalisation de plus de 24 heures et par dérogation dans les cas prévus dans vos Conditions générales ou votre Notice d'information		Dans la limite de 40 heures par an
Garde-malade suite à une hospitalisation de plus de 24 heures		Une fois par an dans la limite de 40 heures
Garde-enfants pendant une hospitalisation de plus de 24 heures		Une fois par an dans la limite de 40 heures
Garde-animaux pendant une hospitalisation de plus de 24 heures		Une fois par an dans la limite de 250 €
Soutien scolaire suite à une immobilisation au domicile ou une hospitalisation		12 semaines par an dans la limite de 15 heures par semaine



Ma Santé 125% Néo

avec **Module Hospi + Optique & Dentaire + Confort**

Contacter l'agence AXA : 04 92 40 18 00 ou via le [site web](#).

[Simuler gratuitement un remboursement](#)

Règles générales applicables aux garanties

Les mots ou expressions soulignés sont définis dans le lexique de vos Conditions générales ou de votre Notice d'information.

Bien comprendre votre tableau de garanties

Nous prenons en charge uniquement les frais qui ont préalablement donné lieu à un remboursement par votre régime obligatoire d'assurance maladie français sauf lorsque cela est explicitement mentionné dans le tableau de garanties.

Vos garanties sont exprimées en pourcentage de la base de remboursement de la Sécurité sociale, en forfait en Euro ou en une combinaison des deux.

■ Les pourcentages intègrent les remboursements de votre régime obligatoire d'assurance maladie. Notre remboursement couvre la différence entre le taux remboursé par la Sécurité sociale et le taux affiché.

■ Les forfaits exprimés en Euro s'entendent **par assuré**. Lorsqu'ils sont définis par an, il s'agit de l'année d'assurance. Ils viennent en complément des remboursements de votre régime obligatoire d'assurance maladie français sauf indication spécifique. Ces forfaits ne sont pas reportables d'une année sur l'autre.

Les garanties "100% santé" et les garanties à tarifs limités ou libres ne se cumulent pas.

Les garanties du tableau sont explicitées dans vos Conditions générales ou votre Notice d'information.

Bon à savoir

- Le total des remboursements que vous percevez ne peut en aucun cas dépasser les frais réels engagés.
- La participation forfaitaire ainsi que les franchises sur les médicaments, sur les actes effectués par un auxiliaire médical et sur les transports ne sont pas prises en charge.
- Si vous ne respectez pas le parcours de soins, nous ne prenons pas en charge l'ensemble des pénalités appliquées par la Sécurité sociale (majoration du ticket modérateur, augmentation autorisée des tarifs conventionnels).

Des exclusions et des limitations de garanties générales sont indiquées dans vos Conditions générales ou votre Notice d'information. Pour les soins à l'étranger, se reporter à la rubrique « Soins à l'étranger » dans vos Conditions générales ou votre Notice d'information.

HOSPITALISATION

Honoraires

Honoraires des médecins (y compris chirurgiens) ayant adhéré à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (DPTAM)	1 ^{re} année	220% ⁽¹⁾
	2 ^e année et +	400% ⁽¹⁾
Honoraires des médecins (y compris chirurgiens) n'ayant pas adhéré à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (DPTAM)	1 ^{re} année	200% ⁽¹⁾
	2 ^e année et +	200% ⁽¹⁾

⁽¹⁾ 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 à la souscription du contrat et lors de l'ajout d'un bénéficiaire à l'exception des nouveau-nés.

Frais de séjour

Ticket modérateur sur le prix de journée ou sur les actes peu coûteux, participation forfaitaire pour les actes coûteux

- En établissement conventionné
- En établissement non conventionné

Frais réels

100%

Forfait journalier hospitalier

Forfait journalier hospitalier

Frais réels

Chambre particulière et lit pour accompagnant

Chambre particulière non remboursée par la Sécurité sociale (dans la limite de 30 jours par année d'assurance en moyen séjour)

- avec nuitée
- sans nuitée (en ambulatoire)

90 €/jour

45 €/jour

Lit pour accompagnant non remboursé par la Sécurité sociale

15 €/jour

Confort à l'hôpital

Télévision, connexion internet, téléphone (dans la limite de 30 jours par année d'assurance en moyen séjour)

10 €/jour

Hospitalisation à domicile (HAD)

Hospitalisation à domicile (HAD)

125%

Document non contractuel

SOINS COURANTS		
Honoraires médicaux		
Consultations, visites et actes (radio, petite chirurgie) de médecins généralistes et spécialistes ayant adhéré à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (DPTAM)		145%
Consultations, visites et actes (radio, petite chirurgie) de médecins généralistes et spécialistes n'ayant pas adhéré à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (DPTAM)		125%
Analyses et examens de laboratoire		
Examens médicaux (biologie, analyse médicale)		125%
Honoraires paramédicaux		
Auxiliaires médicaux (par exemple : infirmier et infirmière, sage-femme, kinésithérapeute, orthophoniste, orthoptiste)		125%
Médicaments		
Tout médicament remboursé par la Sécurité sociale		100%
Médicament prescrit et non remboursé par la Sécurité sociale		30 € /an
Matériel médical		
Prothèses, pansements, petits matériels et autres produits définis sur la Liste des Produits et Prestations remboursables de la Sécurité sociale (hors lunettes et aides auditives pour lesquelles se référer à leurs lignes spécifiques).		125%
Médecine douce et prévention		
Médecine douce (ostéopathe, chiropracteur, acupuncteur, pédicure-podologue) et psychothérapeute non remboursés par la Sécurité sociale		50 €/séance
- Nombre de séances remboursées toutes spécialités confondues	1 ^{re} , 2 ^e année	3 séances /an
	3 ^e année et +	6 séances /an
Forfait prévention		
- Sevrage tabagique : Tous les 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) même non remboursés par la Sécurité sociale		
- Vaccin antigrippe prescrit non remboursé par la Sécurité sociale		70 € /an
- Consultation diététicien non remboursée par la Sécurité sociale		
- Traitement DMLA par compléments en Oméga 3 prescrit par un médecin et non remboursé par la Sécurité sociale		
- Dépistage de l'ostéoporose prescrit par un médecin et non remboursé par la Sécurité sociale		
TRANSPORT SANITAIRE		
Transports prescrits pour l'hospitalisation ou la médecine de ville		125%
OPTIQUE		
La prise en charge des lunettes est limitée à une paire tous les 2 ans pour les personnes de 16 ans et plus et à une paire tous les ans pour les enfants de moins de 16 ans , sauf en cas d'évolution de la vue objectivée par une nouvelle prescription médicale ophtalmologique.		
Le montant remboursé pour un équipement (2 verres + une monture) est dans tous les cas limité aux plafonds définis par la réglementation des contrats responsables.		
Les forfaits en Euro sur les lunettes (verres ou montures) intègrent le remboursement de la Sécurité sociale et l'éventuel remboursement complémentaire des régimes locaux ou spéciaux (Alsace-Moselle, SNCF, etc.)		
Se reporter à vos Conditions générales ou à votre Notice d'information pour plus de précisions sur les conditions de renouvellement et sur la réglementation applicable.		
Equipements "100% santé"		
Lunettes "100% santé", verres et monture de classe A, telles que définies par la réglementation		Frais réels dans la limite des prix limites de vente définis par la réglementation
Lunettes à tarifs libres		
Verres de classe B		
La Grille optique B vous permet un remboursement sans reste à charge dans le réseau Itelis sur une sélection de verres et de traitements. Elle définit un forfait de remboursement par verre en fonction de leur correction en dehors du réseau Itelis. La Grille optique B est décrite en annexe de ce document.		Grille optique B
Monture de classe B	1 ^{re} , 2 ^e année	75 € pour la monture
	3 ^e année et +	100 € pour la monture
Lentilles		
Les lentilles prescrites sont prises en charge même si non remboursées par la Sécurité sociale. Le ticket modérateur des lentilles remboursées par la Sécurité sociale est pris en charge même si le forfait annuel est épuisé.		200 € /an
Chirurgie réfractive		
Opération de la myopie, de l'hypermétropie, de l'astigmatisme et de la presbytie par laser, non remboursée par la Sécurité sociale		290 € /œil

DENTAIRE		
Soins		
Consultations et soins dentaires (hors inlays-onlays d'obturation), chirurgie et parodontologie remboursée		150%
Prothèses		
Prothèses à tarifs limités, prothèses à tarifs libres, inlays-onlays d'obturation		
Les prothèses à tarifs limités et les prothèses à tarifs libres sont définies par la réglementation. Pour les prothèses à tarifs limités, notre garantie ne peut dépasser les honoraires limites de facturation réglementaires.	1 ^{re} , 2 ^e année	100% + 300 €/an
Les prothèses à tarifs limités incluent certaines couronnes céramo-métalliques sur deuxièmes prémolaires et molaires ; les prothèses à tarifs libres incluent certaines couronnes céramo-céramiques (se reporter à vos Conditions générales ou à votre Notice d'information pour trouver plus d'exemples et les références précises à la réglementation).	3 ^e année	100% + 400 €/an
Le forfait en Euro est utilisable pour les implants et la parodontologie non remboursés par la Sécurité sociale.	4 ^e année et +	100% + 450 €/an
Soins et prothèses "100% santé"		
Les soins et prothèses "100% santé" sont définis par la réglementation. Ces prothèses incluent certaines couronnes céramo-métalliques sur incisives, canines et premières prémolaires, certaines couronnes métalliques sur les autres dents (se reporter à vos Conditions générales ou à votre Notice d'information pour trouver plus d'exemples et les références précises à la réglementation).		Frais réels dans la limite des honoraires limites de facturation définis par la réglementation
Orthodontie		
Orthodontie (versé par semestre)	1 ^{re} , 2 ^e année	200 €/sem. (soit 400 €/an)
	3 ^e année	250 €/sem. (soit 500 €/an)
	4 ^e année et +	300 €/sem. (soit 600 €/an)
AIDES AUDITIVES		
La prise en charge des aides auditives est limitée à un équipement par oreille tous les 4 ans. Ce délai de renouvellement s'entend pour chaque oreille indépendamment.		
Le remboursement d'une aide auditive ne peut pas excéder 1 700 €. Conformément à la réglementation, ce plafond de 1 700 € est calculé en y incluant le remboursement du régime obligatoire et le remboursement complémentaire éventuel des régimes locaux ou spéciaux (Alsace-Moselle, SNCF, etc.), .		
Equipements "100% santé"		
Les aides auditives "100% santé" (classe I) sont définies par la réglementation (se reporter à vos Conditions générales ou à votre Notice d'information).		Frais réels dans la limite des prix limites de vente définis par la réglementation
Aides auditives à tarifs libres		
Aides auditives à tarifs libres (classe II)		760 €/oreille
Accessoires		
Accessoires, entretien et piles pour appareil auditif		150%
CURE THERMALE		
Forfait de surveillance thermique ou pratiques médicales complémentaires par un médecin ayant adhéré à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (DPTAM)		220%
Forfait de surveillance thermique ou pratiques médicales complémentaires par un médecin n'ayant pas adhéré à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (DPTAM)		200%
Forfait thermal		200%
Frais d'hébergement et de transport, même si non remboursés par la Sécurité sociale, la cure étant remboursée par la Sécurité sociale		200 €/an
ASSISTANCE		
La description ci-dessous est un résumé des garanties d'assistance. Se référer à vos Conditions générales ou votre Notice d'information pour avoir la description complète des garanties, des limitations et des conditions d'utilisation.		
Aide-ménagère suite à une hospitalisation de plus de 24 heures et par dérogation dans les cas prévus dans vos Conditions générales ou votre Notice d'information		Dans la limite de 40 heures par an
Garde-malade suite à une hospitalisation de plus de 24 heures		Une fois par an dans la limite de 40 heures
Garde-enfants pendant une hospitalisation de plus de 24 heures		Une fois par an dans la limite de 40 heures
Garde-animaux pendant une hospitalisation de plus de 24 heures		Une fois par an dans la limite de 250 €
Soutien scolaire suite à une immobilisation au domicile ou une hospitalisation		12 semaines par an dans la limite de 15 heures par semaine

Document non contractuel

AXA France Vie - S.A. au capital de 487 725 073,50 € - RCS Nanterre 310 499 959- TVA intracommunautaire n° FR 62 310 499 959. AXA Assurances Vie Mutuelle - Société d'assurance mutuelle sur la vie et de capitalisation à cotisations fixes - Siren 353 457 245 - TVA intracommunautaire n° FR 48 353 457 245. AXA France IARD - S.A. au capital de 214 799 030 € - RCS Nanterre 722 057 460 - TVA intracommunautaire n° FR 14 722 057 460. AXA Assurances IARD Mutuelle - Société d'assurance mutuelle à cotisations fixes contre l'incendie, les accidents et risques divers - Siren 775 699 309 - TVA intracommunautaire n° FR 39 775 699 309. Sièges sociaux : 313, Terrasses de l'Arche 92727 Nanterre Cedex. Entreprises régies par le Code des assurances.

MA125RHOSODCON

3/3



Réf : 974821 09 2022 - 1



Ma Santé 125% Néo

avec **Module Hospi + Confort**

Contacter l'agence AXA : 04 92 40 18 00 ou via le [site web](#).

[Simuler gratuitement un remboursement](#)

Règles générales applicables aux garanties

Les mots ou expressions soulignés sont définis dans le lexique de vos Conditions générales ou de votre Notice d'information.

Bien comprendre votre tableau de garanties

Nous prenons en charge uniquement les frais qui ont préalablement donné lieu à un remboursement par votre régime obligatoire d'assurance maladie français sauf lorsque cela est explicitement mentionné dans le tableau de garanties.

Vos garanties sont exprimées en pourcentage de la base de remboursement de la Sécurité sociale, en forfait en Euro ou en une combinaison des deux.

■ Les pourcentages intègrent les remboursements de votre régime obligatoire d'assurance maladie. Notre remboursement couvre la différence entre le taux remboursé par la Sécurité sociale et le taux affiché.

■ Les forfaits exprimés en Euro s'entendent par assuré. Lorsqu'ils sont définis par an, il s'agit de l'année d'assurance. Ils viennent en complément des remboursements de votre régime obligatoire d'assurance maladie français sauf indication spécifique. Ces forfaits ne sont pas reportables d'une année sur l'autre.

Les garanties "100% santé" et les garanties à tarifs limités ou libres ne se cumulent pas.

Les garanties du tableau sont explicitées dans vos Conditions générales ou votre Notice d'information.

Bon à savoir

- Le total des remboursements que vous percevez ne peut en aucun cas dépasser les frais réels engagés.
- La participation forfaitaire ainsi que les franchises sur les médicaments, sur les actes effectués par un auxiliaire médical et sur les transports ne sont pas prises en charge.
- Si vous ne respectez pas le parcours de soins, nous ne prenons pas en charge l'ensemble des pénalités appliquées par la Sécurité sociale (majoration du ticket modérateur, augmentation autorisée des tarifs conventionnels).

Des exclusions et des limitations de garanties générales sont indiquées dans vos Conditions générales ou votre Notice d'information. Pour les soins à l'étranger, se reporter à la rubrique « Soins à l'étranger » dans vos Conditions générales ou votre Notice d'information.

HOSPITALISATION

Honoraires

Honoraires des médecins (y compris chirurgiens) ayant adhéré à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (DPTAM)	1 ^{re} année	220% ⁽¹⁾
	2 ^e année et +	400% ⁽¹⁾
Honoraires des médecins (y compris chirurgiens) n'ayant pas adhéré à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (DPTAM)	1 ^{re} année	200% ⁽¹⁾
	2 ^e année et +	200% ⁽¹⁾

⁽¹⁾ 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 à la souscription du contrat et lors de l'ajout d'un bénéficiaire à l'exception des nouveau-nés.

Frais de séjour

Ticket modérateur sur le prix de journée ou sur les actes peu coûteux, participation forfaitaire pour les actes coûteux

- En établissement conventionné
- En établissement non conventionné

Frais réels

100%

Forfait journalier hospitalier

Forfait journalier hospitalier

Frais réels

Chambre particulière et lit pour accompagnant

Chambre particulière non remboursée par la Sécurité sociale (dans la limite de 30 jours par année d'assurance en moyen séjour)

- avec nuitée
- sans nuitée (en ambulatoire)

90 € /jour

45 € /jour

Lit pour accompagnant non remboursé par la Sécurité sociale

15 € /jour

Confort à l'hôpital

Télévision, connexion internet, téléphone (dans la limite de 30 jours par année d'assurance en moyen séjour)

10 € /jour

Hospitalisation à domicile (HAD)

Hospitalisation à domicile (HAD)

125%

SOINS COURANTS		
Honoraires médicaux		
Consultations, visites et actes (radio, petite chirurgie) de médecins généralistes et spécialistes ayant adhéré à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (DPTAM)		145%
Consultations, visites et actes (radio, petite chirurgie) de médecins généralistes et spécialistes n'ayant pas adhéré à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (DPTAM)		125%
Analyses et examens de laboratoire		
Examens médicaux (biologie, analyse médicale)		125%
Honoraires paramédicaux		
Auxiliaires médicaux (par exemple : infirmier et infirmière, sage-femme, kinésithérapeute, orthophoniste, orthoptiste)		125%
Médicaments		
Tout médicament remboursé par la Sécurité sociale		100%
Médicament prescrit et non remboursé par la Sécurité sociale		30 € /an
Matériel médical		
Prothèses, pansements, petits matériels et autres produits définis sur la Liste des Produits et Prestations remboursables de la Sécurité sociale (hors lunettes et aides auditives pour lesquelles se référer à leurs lignes spécifiques).		125%
Médecine douce et prévention		
Médecine douce (ostéopathe, chiropracteur, acupuncteur, pédicure-podologue) et psychothérapeute non remboursés par la Sécurité sociale		50 €/séance
- Nombre de séances remboursées toutes spécialités confondues	1 ^{re} , 2 ^e année	3 séances /an
	3 ^e année et +	6 séances /an
Forfait prévention		
- Sevrage tabagique : Tous les 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) même non remboursés par la Sécurité sociale		
- Vaccin antigrippe prescrit non remboursé par la Sécurité sociale		70 € /an
- Consultation diététicien non remboursée par la Sécurité sociale		
- Traitement DMLA par compléments en Oméga 3 prescrit par un médecin et non remboursé par la Sécurité sociale		
- Dépistage de l'ostéoporose prescrit par un médecin et non remboursé par la Sécurité sociale		
TRANSPORT SANITAIRE		
Transports prescrits pour l'hospitalisation ou la médecine de ville		125%
OPTIQUE		
La prise en charge des lunettes est limitée à une paire tous les 2 ans pour les personnes de 16 ans et plus et à une paire tous les ans pour les enfants de moins de 16 ans , sauf en cas d'évolution de la vue objectivée par une nouvelle prescription médicale ophtalmologique.		
Le montant remboursé pour un équipement (2 verres + une monture) est dans tous les cas limité aux plafonds définis par la réglementation des contrats responsables.		
Les forfaits en Euro sur les lunettes (verres ou montures) intègrent le remboursement de la Sécurité sociale et l'éventuel remboursement complémentaire des régimes locaux ou spéciaux (Alsace-Moselle, SNCF, etc.)		
Se reporter à vos Conditions générales ou à votre Notice d'information pour plus de précisions sur les conditions de renouvellement et sur la réglementation applicable.		
Equipements "100% santé"		
Lunettes "100% santé", verres et monture de classe A, telles que définies par la réglementation		Frais réels dans la limite des prix limites de vente définis par la réglementation
Lunettes à tarifs libres		
Verres de classe B		
La Grille optique A vous permet un remboursement sans reste à charge dans le réseau Itelis sur une sélection de verres et de traitements. Elle définit un forfait de remboursement par verre en fonction de leur correction en dehors du réseau Itelis. La Grille optique A est décrite en annexe de ce document.		Grille optique A
Monture de classe B	1 ^{re} , 2 ^e année	50 € pour la monture
	3 ^e année	75 € pour la monture
	4 ^e année et +	100 € pour la monture
Lentilles		
Les lentilles prescrites sont prises en charge même si non remboursées par la Sécurité sociale. Le ticket modérateur des lentilles remboursées par la Sécurité sociale est pris en charge même si le forfait annuel est épuisé.		120 € /an
Chirurgie réfractive		
Opération de la myopie, de l'hypermétropie, de l'astigmatisme et de la presbytie par laser, non remboursée par la Sécurité sociale		170 €/œil

DENTAIRE		
Soins		
Consultations et soins dentaires (hors inlays-onlays d'obturation), chirurgie et parodontologie remboursée		125%
Prothèses		
Prothèses à tarifs limités, prothèses à tarifs libres, inlays-onlays d'obturation		
Les prothèses à tarifs limités et les prothèses à tarifs libres sont définies par la réglementation. Pour les prothèses à tarifs limités, notre garantie ne peut dépasser les honoraires limites de facturation réglementaires.	1 ^{re} , 2 ^e année	100% + 170 € /an
Les prothèses à tarifs limités incluent certaines couronnes céramo-métalliques sur deuxièmes prémolaires et molaires ; les prothèses à tarifs libres incluent certaines couronnes céramo-céramiques (se reporter à vos Conditions générales ou à votre Notice d'information pour trouver plus d'exemples et les références précises à la réglementation).	3 ^e année	100% + 250 € /an
Le forfait en Euro est utilisable pour les implants et la parodontologie non remboursés par la Sécurité sociale.	4 ^e année et +	100% + 300 € /an
Soins et prothèses "100% santé"		
Les soins et prothèses "100% santé" sont définis par la réglementation.		
Ces prothèses incluent certaines couronnes céramo-métalliques sur incisives, canines et premières prémolaires, certaines couronnes métalliques sur les autres dents (se reporter à vos Conditions générales ou à votre Notice d'information pour trouver plus d'exemples et les références précises à la réglementation).		Frais réels dans la limite des honoraires limites de facturation définis par la réglementation
Orthodontie		
Orthodontie (versé par semestre)	1 ^{re} , 2 ^e année	100 € /sem. (soit 200 € /an)
	3 ^e année	150 € /sem. (soit 300 € /an)
	4 ^e année et +	200 € /sem. (soit 400 € /an)
AIDES AUDITIVES		
La prise en charge des aides auditives est limitée à un équipement par oreille tous les 4 ans. Ce délai de renouvellement s'entend pour chaque oreille indépendamment.		
Le remboursement d'une aide auditive ne peut pas excéder 1 700 €. Conformément à la réglementation, ce plafond de 1 700 € est calculé en y incluant le remboursement du régime obligatoire et le remboursement complémentaire éventuel des régimes locaux ou spéciaux (Alsace-Moselle, SNCF, etc.), .		
Equipements "100% santé"		
Les aides auditives "100% santé" (classe I) sont définies par la réglementation (se reporter à vos Conditions générales ou à votre Notice d'information).		Frais réels dans la limite des prix limites de vente définis par la réglementation
Aides auditives à tarifs libres		
Aides auditives à tarifs libres (classe II)		760 € /oreille
Accessoires		
Accessoires, entretien et piles pour appareil auditif		150%
CURE THERMALE		
Forfait de surveillance thermique ou pratiques médicales complémentaires par un médecin ayant adhéré à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (DPTAM)		220%
Forfait de surveillance thermique ou pratiques médicales complémentaires par un médecin n'ayant pas adhéré à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (DPTAM)		200%
Forfait thermal		200%
Frais d'hébergement et de transport, même si non remboursés par la Sécurité sociale, la cure étant remboursée par la Sécurité sociale		200 € /an
ASSISTANCE		
La description ci-dessous est un résumé des garanties d'assistance. Se référer à vos Conditions générales ou votre Notice d'information pour avoir la description complète des garanties, des limitations et des conditions d'utilisation.		
Aide-ménagère suite à une hospitalisation de plus de 24 heures et par dérogation dans les cas prévus dans vos Conditions générales ou votre Notice d'information		Dans la limite de 40 heures par an
Garde-malade suite à une hospitalisation de plus de 24 heures		Une fois par an dans la limite de 40 heures
Garde-enfants pendant une hospitalisation de plus de 24 heures		Une fois par an dans la limite de 40 heures
Garde-animaux pendant une hospitalisation de plus de 24 heures		Une fois par an dans la limite de 250 €
Soutien scolaire suite à une immobilisation au domicile ou une hospitalisation		12 semaines par an dans la limite de 15 heures par semaine

Document non contractuel

AXA France Vie - S.A. au capital de 487 725 073,50 € - RCS Nanterre 310 499 959- TVA intracommunautaire n° FR 62 310 499 959. AXA Assurances Vie Mutuelle - Société d'assurance mutuelle sur la vie et de capitalisation à cotisations fixes - Siren 353 457 245 - TVA intracommunautaire n° FR 48 353 457 245. AXA France IARD - S.A. au capital de 214 799 030 € - RCS Nanterre 722 057 460 - TVA intracommunautaire n° FR 14 722 057 460. AXA Assurances IARD Mutuelle - Société d'assurance mutuelle à cotisations fixes contre l'incendie, les accidents et risques divers - Siren 775 699 309 - TVA intracommunautaire n° FR 39 775 699 309. Sièges sociaux : 313, Terrasses de l'Arche 92727 Nanterre Cedex. Entreprises régies par le Code des assurances.



Ma Santé 125% Néo

avec **Module Optique & Dentaire**

Contacter l'agence AXA : 04 92 40 18 00 ou via le [site web](#).

[Simuler gratuitement un remboursement](#)

Règles générales applicables aux garanties

Les mots ou expressions soulignés sont définis dans le lexique de vos Conditions générales ou de votre Notice d'information.

Bien comprendre votre tableau de garanties

Nous prenons en charge uniquement les frais qui ont préalablement donné lieu à un remboursement par votre régime obligatoire d'assurance maladie français sauf lorsque cela est explicitement mentionné dans le tableau de garanties.

Vos garanties sont exprimées en pourcentage de la base de remboursement de la Sécurité sociale, en forfait en Euro ou en une combinaison des deux.

■ Les pourcentages intègrent les remboursements de votre régime obligatoire d'assurance maladie. Notre remboursement couvre la différence entre le taux remboursé par la Sécurité sociale et le taux affiché.

■ Les forfaits exprimés en Euro s'entendent **par assuré**. Lorsqu'ils sont définis par an, il s'agit de l'année d'assurance. Ils viennent en complément des remboursements de votre régime obligatoire d'assurance maladie français sauf indication spécifique. Ces forfaits ne sont pas reportables d'une année sur l'autre.

Les garanties "100% santé" et les garanties à tarifs limités ou libres ne se cumulent pas.

Les garanties du tableau sont explicitées dans vos Conditions générales ou votre Notice d'information.

Bon à savoir

- Le total des remboursements que vous percevez ne peut en aucun cas dépasser les frais réels engagés.
- La participation forfaitaire ainsi que les franchises sur les médicaments, sur les actes effectués par un auxiliaire médical et sur les transports ne sont pas prises en charge.
- Si vous ne respectez pas le parcours de soins, nous ne prenons pas en charge l'ensemble des pénalités appliquées par la Sécurité sociale (majoration du ticket modérateur, augmentation autorisée des tarifs conventionnels).

Des exclusions et des limitations de garanties générales sont indiquées dans vos Conditions générales ou votre Notice d'information. Pour les soins à l'étranger, se reporter à la rubrique « Soins à l'étranger » dans vos Conditions générales ou votre Notice d'information.

HOSPITALISATION

Honoraires

Honoraires des médecins (y compris chirurgiens) ayant adhéré à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (DPTAM)

145%⁽¹⁾

Honoraires des médecins (y compris chirurgiens) n'ayant pas adhéré à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (DPTAM)

125%⁽¹⁾

⁽¹⁾ 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 à la souscription du contrat et lors de l'ajout d'un bénéficiaire à l'exception des nouveau-nés.

Frais de séjour

Ticket modérateur sur le prix de journée ou sur les actes peu coûteux, participation forfaitaire pour les actes coûteux

- En établissement conventionné
- En établissement non conventionné

Frais réels

100%

Forfait journalier hospitalier

Forfait journalier hospitalier

Frais réels

Chambre particulière et lit pour accompagnant

Chambre particulière non remboursée par la Sécurité sociale (dans la limite de 30 jours par année d'assurance en moyen séjour)

- avec nuitée
- sans nuitée (en ambulatoire)

60 €/jour

30 €/jour

Lit pour accompagnant non remboursé par la Sécurité sociale

15 €/jour

Confort à l'hôpital

Télévision, connexion internet, téléphone (dans la limite de 30 jours par année d'assurance en moyen séjour)

3 €/jour

Hospitalisation à domicile (HAD)

Hospitalisation à domicile (HAD)

125%

SOINS COURANTS		
Honoraires médicaux		
Consultations, visites et actes (radio, petite chirurgie) de médecins généralistes et spécialistes ayant adhéré à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (DPTAM)		145%
Consultations, visites et actes (radio, petite chirurgie) de médecins généralistes et spécialistes n'ayant pas adhéré à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (DPTAM)		125%
Analyses et examens de laboratoire		
Examens médicaux (biologie, analyse médicale)		125%
Honoraires paramédicaux		
Auxiliaires médicaux (par exemple : infirmier et infirmière, sage-femme, kinésithérapeute, orthophoniste, orthoptiste)		125%
Médicaments		
Médicaments à service médical rendu majeur ou important (ex-vignette blanche)		100%
Médicaments à service médical rendu modéré (ex-vignette bleue)		100%
Médicaments à service médical rendu faible (ex-vignette orange)		Non pris en charge
Matériel médical		
Prothèses, pansements, petits matériels et autres produits définis sur la Liste des Produits et Prestations remboursables de la Sécurité sociale (hors lunettes et aides auditives pour lesquelles se référer à leurs lignes spécifiques).		125%
Médecine douce et prévention		
Médecine douce (ostéopathe, chiropracteur, acupuncteur, pédicure-podologue) et psychothérapeute non remboursés par la Sécurité sociale		25 €/séance
- Nombre de séances remboursées toutes spécialités confondues	1 ^{re} , 2 ^e année 3 ^e année et +	3 séances /an 6 séances /an
Forfait prévention		
- Sevrage tabagique : Tous les 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) même non remboursés par la Sécurité sociale		70 €/an
- Vaccin antigrippe prescrit même non remboursé par la Sécurité sociale		
- Consultation diététicien non remboursée par la Sécurité sociale		
TRANSPORT SANITAIRE		
Transports prescrits pour l'hospitalisation ou la médecine de ville		125%
OPTIQUE		
La prise en charge des lunettes est limitée à une paire tous les 2 ans pour les personnes de 16 ans et plus et à une paire tous les ans pour les enfants de moins de 16 ans , sauf en cas d'évolution de la vue objectivée par une nouvelle prescription médicale ophtalmologique.		
Le montant remboursé pour un équipement (2 verres + une monture) est dans tous les cas limité aux plafonds définis par la réglementation des contrats responsables.		
Les forfaits en Euro sur les lunettes (verres ou montures) intègrent le remboursement de la Sécurité sociale et l'éventuel remboursement complémentaire des régimes locaux ou spéciaux (Alsace-Moselle, SNCF, etc.)		
Se reporter à vos Conditions générales ou à votre Notice d'information pour plus de précisions sur les conditions de renouvellement et sur la réglementation applicable.		
Equipements "100% santé"		
Lunettes "100% santé", verres et monture de classe A, telles que définies par la réglementation		Frais réels dans la limite des prix limites de vente définis par la réglementation
Lunettes à tarifs libres		
Verres de classe B		Grille optique B
La Grille optique B vous permet un remboursement sans reste à charge dans le réseau Itelis sur une sélection de verres et de traitements. Elle définit un forfait de remboursement par verre en fonction de leur correction en dehors du réseau Itelis. La Grille optique B est décrite en annexe de ce document.		
Monture de classe B	1 ^{re} , 2 ^e année 3 ^e année et +	75 € pour la monture 100 € pour la monture
Lentilles		
Les lentilles prescrites sont prises en charge même si non remboursées par la Sécurité sociale. Le ticket modérateur des lentilles remboursées par la Sécurité sociale est pris en charge même si le forfait annuel est épuisé.		200 €/an
Chirurgie réfractive		
Opération de la myopie, de l'hypermétropie, de l'astigmatisme et de la presbytie par laser, non remboursée par la Sécurité sociale		290 €/œil

DENTAIRE		
Soins		
Consultations et soins dentaires (hors inlays-onlays d'obturation), chirurgie et parodontologie remboursée		150%
Prothèses		
Prothèses à tarifs limités, prothèses à tarifs libres, inlays-onlays d'obturation		
Les prothèses à tarifs limités et les prothèses à tarifs libres sont définies par la réglementation. Pour les prothèses à tarifs limités, notre garantie ne peut dépasser les honoraires limites de facturation réglementaires.	1 ^{re} , 2 ^e année	100% + 300 € /an
	3 ^e année	100% + 400 € /an
	4 ^e année et +	100% + 450 € /an
Les prothèses à tarifs limités incluent certaines couronnes céramo-métalliques sur deuxièmes prémolaires et molaires ; les prothèses à tarifs libres incluent certaines couronnes céramo-céramiques (se reporter à vos Conditions générales ou à votre Notice d'information pour trouver plus d'exemples et les références précises à la réglementation).		
Le forfait en Euro est utilisable pour les implants et la parodontologie non remboursés par la Sécurité sociale.		
Soins et prothèses "100% santé"		
Les soins et prothèses "100% santé" sont définis par la réglementation. Ces prothèses incluent certaines couronnes céramo-métalliques sur incisives, canines et premières prémolaires, certaines couronnes métalliques sur les autres dents (se reporter à vos Conditions générales ou à votre Notice d'information pour trouver plus d'exemples et les références précises à la réglementation).		Frais réels dans la limite des honoraires limites de facturation définis par la réglementation
Orthodontie		
Orthodontie (versé par semestre)	1 ^{re} , 2 ^e année	200 € /sem. (soit 400 € /an)
	3 ^e année	250 € /sem. (soit 500 € /an)
	4 ^e année et +	300 € /sem. (soit 600 € /an)
AIDES AUDITIVES		
La prise en charge des aides auditives est limitée à un équipement par oreille tous les 4 ans. Ce délai de renouvellement s'entend pour chaque oreille indépendamment.		
Le remboursement d'une aide auditive ne peut pas excéder 1 700 €. Conformément à la réglementation, ce plafond de 1 700 € est calculé en y incluant le remboursement du régime obligatoire et le remboursement complémentaire éventuel des régimes locaux ou spéciaux (Alsace-Moselle, SNCF, etc.), .		
Equipements "100% santé"		
Les aides auditives "100% santé" (classe I) sont définies par la réglementation (se reporter à vos Conditions générales ou à votre Notice d'information).		Frais réels dans la limite des prix limites de vente définis par la réglementation
Aides auditives à tarifs libres		
Aides auditives à tarifs libres (classe II)		710 €/oreille
Accessoires		
Accessoires, entretien et piles pour appareil auditif		125%
CURE THERMALE		
Cure thermique		Non pris en charge
ASSISTANCE		
La description ci-dessous est un résumé des garanties d'assistance. Se référer à vos Conditions générales ou votre Notice d'information pour avoir la description complète des garanties, des limitations et des conditions d'utilisation.		
Aide-ménagère suite à une hospitalisation de plus de 24 heures et par dérogation dans les cas prévus dans vos Conditions générales ou votre Notice d'information		Dans la limite de 40 heures par an
Garde-malade suite à une hospitalisation de plus de 24 heures		Une fois par an dans la limite de 40 heures
Garde-enfants pendant une hospitalisation de plus de 24 heures		Une fois par an dans la limite de 40 heures
Garde-animaux pendant une hospitalisation de plus de 24 heures		Une fois par an dans la limite de 250 €
Soutien scolaire suite à une immobilisation au domicile ou une hospitalisation		12 semaines par an dans la limite de 15 heures par semaine



Ma Santé 125% Néo

avec **Module Optique & Dentaire + Confort**

Contactez l'agence AXA : 04 92 40 18 00 ou via le [site web](#).

[Simuler gratuitement un remboursement](#)

Règles générales applicables aux garanties

Les mots ou expressions soulignés sont définis dans le lexique de vos Conditions générales ou de votre Notice d'information.

Bien comprendre votre tableau de garanties

Nous prenons en charge uniquement les frais qui ont préalablement donné lieu à un remboursement par votre régime obligatoire d'assurance maladie français sauf lorsque cela est explicitement mentionné dans le tableau de garanties.

Vos garanties sont exprimées en pourcentage de la base de remboursement de la Sécurité sociale, en forfait en Euro ou en une combinaison des deux.

■ Les pourcentages intègrent les remboursements de votre régime obligatoire d'assurance maladie. Notre remboursement couvre la différence entre le taux remboursé par la Sécurité sociale et le taux affiché.

■ Les forfaits exprimés en Euro s'entendent **par assuré**. Lorsqu'ils sont définis par an, il s'agit de l'année d'assurance. Ils viennent en complément des remboursements de votre régime obligatoire d'assurance maladie français sauf indication spécifique. Ces forfaits ne sont pas reportables d'une année sur l'autre.

Les garanties "100% santé" et les garanties à tarifs limités ou libres ne se cumulent pas.

Les garanties du tableau sont explicitées dans vos Conditions générales ou votre Notice d'information.

Bon à savoir

- Le total des remboursements que vous percevez ne peut en aucun cas dépasser les frais réels engagés.
- La participation forfaitaire ainsi que les franchises sur les médicaments, sur les actes effectués par un auxiliaire médical et sur les transports ne sont pas prises en charge.
- Si vous ne respectez pas le parcours de soins, nous ne prenons pas en charge l'ensemble des pénalités appliquées par la Sécurité sociale (majoration du ticket modérateur, augmentation autorisée des tarifs conventionnels).

Des exclusions et des limitations de garanties générales sont indiquées dans vos Conditions générales ou votre Notice d'information. Pour les soins à l'étranger, se reporter à la rubrique « Soins à l'étranger » dans vos Conditions générales ou votre Notice d'information.

HOSPITALISATION

Honoraires

Honoraires des médecins (y compris chirurgiens) ayant adhéré à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (DPTAM)

145%⁽¹⁾

Honoraires des médecins (y compris chirurgiens) n'ayant pas adhéré à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (DPTAM)

125%⁽¹⁾

⁽¹⁾ 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 à la souscription du contrat et lors de l'ajout d'un bénéficiaire à l'exception des nouveau-nés.

Frais de séjour

Ticket modérateur sur le prix de journée ou sur les actes peu coûteux, participation forfaitaire pour les actes coûteux

- En établissement conventionné
- En établissement non conventionné

Frais réels

100%

Forfait journalier hospitalier

Forfait journalier hospitalier

Frais réels

Chambre particulière et lit pour accompagnant

Chambre particulière non remboursée par la Sécurité sociale (dans la limite de 30 jours par année d'assurance en moyen séjour)

- avec nuitée
- sans nuitée (en ambulatoire)

60 €/jour

30 €/jour

Lit pour accompagnant non remboursé par la Sécurité sociale

15 €/jour

Confort à l'hôpital

Télévision, connexion internet, téléphone (dans la limite de 30 jours par année d'assurance en moyen séjour)

3 €/jour

Hospitalisation à domicile (HAD)

Hospitalisation à domicile (HAD)

125%

SOINS COURANTS		
Honoraires médicaux		
Consultations, visites et actes (radio, petite chirurgie) de médecins généralistes et spécialistes ayant adhéré à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (DPTAM)		145%
Consultations, visites et actes (radio, petite chirurgie) de médecins généralistes et spécialistes n'ayant pas adhéré à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (DPTAM)		125%
Analyses et examens de laboratoire		
Examens médicaux (biologie, analyse médicale)		125%
Honoraires paramédicaux		
Auxiliaires médicaux (par exemple : infirmier et infirmière, sage-femme, kinésithérapeute, orthophoniste, orthoptiste)		125%
Médicaments		
Tout médicament remboursé par la Sécurité sociale		100%
Médicament prescrit et non remboursé par la Sécurité sociale		30 € /an
Matériel médical		
Prothèses, pansements, petits matériels et autres produits définis sur la Liste des Produits et Prestations remboursables de la Sécurité sociale (hors lunettes et aides auditives pour lesquelles se référer à leurs lignes spécifiques).		125%
Médecine douce et prévention		
Médecine douce (ostéopathe, chiropracteur, acupuncteur, pédicure-podologue) et psychothérapeute non remboursés par la Sécurité sociale		50 €/séance
- Nombre de séances remboursées toutes spécialités confondues	1 ^{re} , 2 ^e année 3 ^e année et +	3 séances /an 6 séances /an
Forfait prévention		
- Sevrage tabagique : Tous les 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) même non remboursés par la Sécurité sociale		
- Vaccin antigrippe prescrit non remboursé par la Sécurité sociale		70 €/an
- Consultation diététicien non remboursée par la Sécurité sociale		
- Traitement DMLA par compléments en Oméga 3 prescrit par un médecin et non remboursé par la Sécurité sociale		
- Dépistage de l'ostéoporose prescrit par un médecin et non remboursé par la Sécurité sociale		
TRANSPORT SANITAIRE		
Transports prescrits pour l'hospitalisation ou la médecine de ville		125%
OPTIQUE		
La prise en charge des lunettes est limitée à une paire tous les 2 ans pour les personnes de 16 ans et plus et à une paire tous les ans pour les enfants de moins de 16 ans , sauf en cas d'évolution de la vue objectivée par une nouvelle prescription médicale ophtalmologique.		
Le montant remboursé pour un équipement (2 verres + une monture) est dans tous les cas limité aux plafonds définis par la réglementation des contrats responsables.		
Les forfaits en Euro sur les lunettes (verres ou montures) intègrent le remboursement de la Sécurité sociale et l'éventuel remboursement complémentaire des régimes locaux ou spéciaux (Alsace-Moselle, SNCF, etc.)		
Se reporter à vos Conditions générales ou à votre Notice d'information pour plus de précisions sur les conditions de renouvellement et sur la réglementation applicable.		
Équipements "100% santé"		
Lunettes "100% santé", verres et monture de classe A, telles que définies par la réglementation		Frais réels dans la limite des prix limites de vente définis par la réglementation
Lunettes à tarifs libres		
Verres de classe B		
La Grille optique B vous permet un remboursement sans reste à charge dans le réseau Itelis sur une sélection de verres et de traitements. Elle définit un forfait de remboursement par verre en fonction de leur correction en dehors du réseau Itelis. La Grille optique B est décrite en annexe de ce document.		Grille optique B
Monture de classe B	1 ^{re} , 2 ^e année 3 ^e année et +	75 € pour la monture 100 € pour la monture
Lentilles		
Les lentilles prescrites sont prises en charge même si non remboursées par la Sécurité sociale. Le ticket modérateur des lentilles remboursées par la Sécurité sociale est pris en charge même si le forfait annuel est épuisé.		200 €/an
Chirurgie réfractive		
Opération de la myopie, de l'hypermétropie, de l'astigmatisme et de la presbytie par laser, non remboursée par la Sécurité sociale		290 €/œil

DENTAIRE		
Soins		
Consultations et soins dentaires (hors inlays-onlays d'obturation), chirurgie et parodontologie remboursée		150%
Prothèses		
Prothèses à tarifs limités, prothèses à tarifs libres, inlays-onlays d'obturation		
Les prothèses à tarifs limités et les prothèses à tarifs libres sont définies par la réglementation. Pour les prothèses à tarifs limités, notre garantie ne peut dépasser les honoraires limites de facturation réglementaires.		1 ^{re} , 2 ^e année 100% + 300 €/an
Les prothèses à tarifs limités incluent certaines couronnes céramo-métalliques sur deuxièmes prémolaires et molaires ; les prothèses à tarifs libres incluent certaines couronnes céramo-céramiques (se reporter à vos Conditions générales ou à votre Notice d'information pour trouver plus d'exemples et les références précises à la réglementation).		3 ^e année 100% + 400 €/an
Le forfait en Euro est utilisable pour les implants et la parodontologie non remboursés par la Sécurité sociale.		4 ^e année et + 100% + 450 €/an
Soins et prothèses "100% santé"		
Les soins et prothèses "100% santé" sont définis par la réglementation. Ces prothèses incluent certaines couronnes céramo-métalliques sur incisives, canines et premières prémolaires, certaines couronnes métalliques sur les autres dents (se reporter à vos Conditions générales ou à votre Notice d'information pour trouver plus d'exemples et les références précises à la réglementation).		Frais réels dans la limite des honoraires limites de facturation définis par la réglementation
Orthodontie		
Orthodontie (versé par semestre)	1 ^{re} , 2 ^e année	200 €/sem. (soit 400 €/an)
	3 ^e année	250 €/sem. (soit 500 €/an)
	4 ^e année et +	300 €/sem. (soit 600 €/an)
AIDES AUDITIVES		
La prise en charge des aides auditives est limitée à un équipement par oreille tous les 4 ans. Ce délai de renouvellement s'entend pour chaque oreille indépendamment.		
Le remboursement d'une aide auditive ne peut pas excéder 1 700 €. Conformément à la réglementation, ce plafond de 1 700 € est calculé en y incluant le remboursement du régime obligatoire et le remboursement complémentaire éventuel des régimes locaux ou spéciaux (Alsace-Moselle, SNCF, etc.), .		
Équipements "100% santé"		
Les aides auditives "100% santé" (classe I) sont définies par la réglementation (se reporter à vos Conditions générales ou à votre Notice d'information).		Frais réels dans la limite des prix limites de vente définis par la réglementation
Aides auditives à tarifs libres		
Aides auditives à tarifs libres (classe II)		760 €/oreille
Accessoires		
Accessoires, entretien et piles pour appareil auditif		150%
CURE THERMALE		
Forfait de surveillance thermale ou pratiques médicales complémentaires par un médecin ayant adhéré à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (DPTAM)		220%
Forfait de surveillance thermale ou pratiques médicales complémentaires par un médecin n'ayant pas adhéré à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (DPTAM)		200%
Forfait thermal		200%
Frais d'hébergement et de transport, même si non remboursés par la Sécurité sociale, la cure étant remboursée par la Sécurité sociale		200 €/an
ASSISTANCE		
La description ci-dessous est un résumé des garanties d'assistance. Se référer à vos Conditions générales ou votre Notice d'information pour avoir la description complète des garanties, des limitations et des conditions d'utilisation.		
Aide-ménagère suite à une hospitalisation de plus de 24 heures et par dérogation dans les cas prévus dans vos Conditions générales ou votre Notice d'information		Dans la limite de 40 heures par an
Garde-malade suite à une hospitalisation de plus de 24 heures		Une fois par an dans la limite de 40 heures
Garde-enfants pendant une hospitalisation de plus de 24 heures		Une fois par an dans la limite de 40 heures
Garde-animaux pendant une hospitalisation de plus de 24 heures		Une fois par an dans la limite de 250 €
Soutien scolaire suite à une immobilisation au domicile ou une hospitalisation		12 semaines par an dans la limite de 15 heures par semaine

Document non contractuel

AXA France Vie - S.A. au capital de 487 725 073,50 € - RCS Nanterre 310 499 959 - TVA intracommunautaire n° FR 62 310 499 959. AXA Assurances Vie Mutuelle - Société d'assurance mutuelle sur la vie et de capitalisation à cotisations fixes - Siren 353 457 245 - TVA intracommunautaire n° FR 48 353 457 245. AXA France IARD - S.A. au capital de 214 799 030 € - RCS Nanterre 722 057 460 - TVA intracommunautaire n° FR 14 722 057 460. AXA Assurances IARD Mutuelle - Société d'assurance mutuelle à cotisations fixes contre l'incendie, les accidents et risques divers - Siren 775 699 309 - TVA intracommunautaire n° FR 39 775 699 309. Sièges sociaux : 313, Terrasses de l'Arche 92727 Nanterre Cedex. Entreprises régies par le Code des assurances.



Ma Santé 125% Néo

avec **Module Confort**

Contacter l'agence AXA : 04 92 40 18 00 ou via le [site web](#).

[Simuler gratuitement un remboursement](#)

Règles générales applicables aux garanties

Les mots ou expressions soulignés sont définis dans le lexique de vos Conditions générales ou de votre Notice d'information.

Bien comprendre votre tableau de garanties

Nous prenons en charge uniquement les frais qui ont préalablement donné lieu à un remboursement par votre régime obligatoire d'assurance maladie français sauf lorsque cela est explicitement mentionné dans le tableau de garanties.

Vos garanties sont exprimées en pourcentage de la base de **remboursement de la Sécurité sociale**, en forfait en Euro ou en une combinaison des deux.

■ Les pourcentages intègrent les remboursements de votre régime obligatoire d'assurance maladie. Notre remboursement couvre la différence entre le taux remboursé par la Sécurité sociale et le taux affiché.

■ Les forfaits exprimés en Euro s'entendent **par assuré**. Lorsqu'ils sont définis par an, il s'agit de l'année d'assurance. Ils viennent en complément des remboursements de votre régime obligatoire d'assurance maladie français sauf indication spécifique. Ces forfaits ne sont pas reportables d'une année sur l'autre.

Les garanties "100% santé" et les garanties à tarifs limités ou libres ne se cumulent pas.

Les garanties du tableau sont explicitées dans vos Conditions générales ou votre Notice d'information.

Bon à savoir

- Le total des remboursements que vous percevez ne peut en aucun cas dépasser les frais réels engagés.
- La participation forfaitaire ainsi que les franchises sur les médicaments, sur les actes effectués par un auxiliaire médical et sur les transports ne sont pas prises en charge.
- Si vous ne respectez pas le parcours de soins, nous ne prenons pas en charge l'ensemble des pénalités appliquées par la Sécurité sociale (majoration du ticket modérateur, augmentation autorisée des tarifs conventionnels).

Des exclusions et des limitations de garanties générales sont indiquées dans vos Conditions générales ou votre Notice d'information. Pour les soins à l'étranger, se reporter à la rubrique « Soins à l'étranger » dans vos Conditions générales ou votre Notice d'information.

HOSPITALISATION

Honoraires

Honoraires des médecins (y compris chirurgiens) ayant adhéré à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (DPTAM)

145%⁽¹⁾

Honoraires des médecins (y compris chirurgiens) n'ayant pas adhéré à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (DPTAM)

125%⁽¹⁾

⁽¹⁾ 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 à la souscription du contrat et lors de l'ajout d'un bénéficiaire à l'exception des nouveau-nés.

Frais de séjour

Ticket modérateur sur le prix de journée ou sur les actes peu coûteux, participation forfaitaire pour les actes coûteux

- En établissement conventionné
- En établissement non conventionné

Frais réels

100%

Forfait journalier hospitalier

Forfait journalier hospitalier

Frais réels

Chambre particulière et lit pour accompagnant

Chambre particulière non remboursée par la Sécurité sociale (dans la limite de 30 jours par année d'assurance en moyen séjour)

- avec nuitée
- sans nuitée (en ambulatoire)

60 €/jour

30 €/jour

Lit pour accompagnant non remboursé par la Sécurité sociale

15 €/jour

Confort à l'hôpital

Télévision, connexion internet, téléphone (dans la limite de 30 jours par année d'assurance en moyen séjour)

3 €/jour

Hospitalisation à domicile (HAD)

Hospitalisation à domicile (HAD)

125%

SOINS COURANTS		
Honoraires médicaux		
Consultations, visites et actes (radio, petite chirurgie) de médecins généralistes et spécialistes ayant adhéré à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (DPTAM)		145%
Consultations, visites et actes (radio, petite chirurgie) de médecins généralistes et spécialistes n'ayant pas adhéré à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (DPTAM)		125%
Analyses et examens de laboratoire		
Examens médicaux (biologie, analyse médicale)		125%
Honoraires paramédicaux		
Auxiliaires médicaux (par exemple : infirmier et infirmière, sage-femme, kinésithérapeute, orthophoniste, orthoptiste)		125%
Médicaments		
Tout médicament remboursé par la Sécurité sociale		100%
Médicament prescrit et non remboursé par la Sécurité sociale		30 € /an
Matériel médical		
Prothèses, pansements, petits matériels et autres produits définis sur la Liste des Produits et Prestations remboursables de la Sécurité sociale (hors lunettes et aides auditives pour lesquelles se référer à leurs lignes spécifiques).		125%
Médecine douce et prévention		
Médecine douce (ostéopathe, chiropracteur, acupuncteur, pédicure-podologue) et psychothérapeute non remboursés par la Sécurité sociale		50 € /séance
- Nombre de séances remboursées toutes spécialités confondues	1 ^{re} , 2 ^e année	3 séances /an
	3 ^e année et +	6 séances /an
Forfait prévention		
- Sevrage tabagique : Tous les 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) même non remboursés par la Sécurité sociale		
- Vaccin antigrippe prescrit non remboursé par la Sécurité sociale		70 € /an
- Consultation diététicien non remboursée par la Sécurité sociale		
- Traitement DMLA par compléments en Oméga 3 prescrit par un médecin et non remboursé par la Sécurité sociale		
- Dépistage de l'ostéoporose prescrit par un médecin et non remboursé par la Sécurité sociale		
TRANSPORT SANITAIRE		
Transports prescrits pour l'hospitalisation ou la médecine de ville		125%
OPTIQUE		
La prise en charge des lunettes est limitée à une paire tous les 2 ans pour les personnes de 16 ans et plus et à une paire tous les ans pour les enfants de moins de 16 ans , sauf en cas d'évolution de la vue objectivée par une nouvelle prescription médicale ophtalmologique.		
Le montant remboursé pour un équipement (2 verres + une monture) est dans tous les cas limité aux plafonds définis par la réglementation des contrats responsables.		
Les forfaits en Euro sur les lunettes (verres ou montures) intègrent le remboursement de la Sécurité sociale et l'éventuel remboursement complémentaire des régimes locaux ou spéciaux (Alsace-Moselle, SNCF, etc.)		
Se reporter à vos Conditions générales ou à votre Notice d'information pour plus de précisions sur les conditions de renouvellement et sur la réglementation applicable.		
Equipements "100% santé"		
Lunettes "100% santé", verres et monture de classe A, telles que définies par la réglementation		Frais réels dans la limite des prix limites de vente définis par la réglementation
Lunettes à tarifs libres		
Verres de classe B		
La Grille optique A vous permet un remboursement sans reste à charge dans le réseau Itelis sur une sélection de verres et de traitements. Elle définit un forfait de remboursement par verre en fonction de leur correction en dehors du réseau Itelis. La Grille optique A est décrite en annexe de ce document.		Grille optique A
Monture de classe B	1 ^{re} , 2 ^e année	50 € pour la monture
	3 ^e année	75 € pour la monture
	4 ^e année et +	100 € pour la monture
Lentilles		
Les lentilles prescrites sont prises en charge même si non remboursées par la Sécurité sociale. Le ticket modérateur des lentilles remboursées par la Sécurité sociale est pris en charge même si le forfait annuel est épuisé.		120 € /an
Chirurgie réfractive		
Opération de la myopie, de l'hypermétropie, de l'astigmatisme et de la presbytie par laser, non remboursée par la Sécurité sociale		170 € /œil

DENTAIRE		
Soins		
Consultations et soins dentaires (hors inlays-onlays d'obturation), chirurgie et parodontologie remboursée		125%
Prothèses		
Prothèses à tarifs limités, prothèses à tarifs libres, inlays-onlays d'obturation		
Les prothèses à tarifs limités et les prothèses à tarifs libres sont définies par la réglementation. Pour les prothèses à tarifs limités, notre garantie ne peut dépasser les honoraires limites de facturation réglementaires.	1 ^{re} , 2 ^e année	100% + 170 €/an
Les prothèses à tarifs limités incluent certaines couronnes céramo-métalliques sur deuxièmes prémolaires et molaires ; les prothèses à tarifs libres incluent certaines couronnes céramo-céramiques (se reporter à vos Conditions générales ou à votre Notice d'information pour trouver plus d'exemples et les références précises à la réglementation).	3 ^e année	100% + 250 €/an
Le forfait en Euro est utilisable pour les implants et la parodontologie non remboursés par la Sécurité sociale.	4 ^e année et +	100% + 300 €/an
Soins et prothèses "100% santé"		
Les soins et prothèses "100% santé" sont définis par la réglementation. Ces prothèses incluent certaines couronnes céramo-métalliques sur incisives, canines et premières prémolaires, certaines couronnes métalliques sur les autres dents (se reporter à vos Conditions générales ou à votre Notice d'information pour trouver plus d'exemples et les références précises à la réglementation).		Frais réels dans la limite des honoraires limites de facturation définis par la réglementation
Orthodontie		
	1 ^{re} , 2 ^e année	100 €/sem. (soit 200 €/an)
Orthodontie (versé par semestre)	3 ^e année	150 €/sem. (soit 300 €/an)
	4 ^e année et +	200 €/sem. (soit 400 €/an)
AIDES AUDITIVES		
La prise en charge des aides auditives est limitée à un équipement par oreille tous les 4 ans. Ce délai de renouvellement s'entend pour chaque oreille indépendamment.		
Le remboursement d'une aide auditive ne peut pas excéder 1 700 €. Conformément à la réglementation, ce plafond de 1 700 € est calculé en y incluant le remboursement du régime obligatoire et le remboursement complémentaire éventuel des régimes locaux ou spéciaux (Alsace-Moselle, SNCF, etc.), .		
Equipements "100% santé"		
Les aides auditives "100% santé" (classe I) sont définies par la réglementation (se reporter à vos Conditions générales ou à votre Notice d'information).		Frais réels dans la limite des prix limites de vente définis par la réglementation
Aides auditives à tarifs libres		
Aides auditives à tarifs libres (classe II)		760 €/oreille
Accessoires		
Accessoires, entretien et piles pour appareil auditif		150%
CURE THERMALE		
Forfait de surveillance thermique ou pratiques médicales complémentaires par un médecin ayant adhéré à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (DPTAM)		220%
Forfait de surveillance thermique ou pratiques médicales complémentaires par un médecin n'ayant pas adhéré à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (DPTAM)		200%
Forfait thermal		200%
Frais d'hébergement et de transport, même si non remboursés par la Sécurité sociale, la cure étant remboursée par la Sécurité sociale		200 €/an
ASSISTANCE		
La description ci-dessous est un résumé des garanties d'assistance. Se référer à vos Conditions générales ou votre Notice d'information pour avoir la description complète des garanties, des limitations et des conditions d'utilisation.		
Aide-ménagère suite à une hospitalisation de plus de 24 heures et par dérogation dans les cas prévus dans vos Conditions générales ou votre Notice d'information		Dans la limite de 40 heures par an
Garde-malade suite à une hospitalisation de plus de 24 heures		Une fois par an dans la limite de 40 heures
Garde-enfants pendant une hospitalisation de plus de 24 heures		Une fois par an dans la limite de 40 heures
Garde-animaux pendant une hospitalisation de plus de 24 heures		Une fois par an dans la limite de 250 €
Soutien scolaire suite à une immobilisation au domicile ou une hospitalisation		12 semaines par an dans la limite de 15 heures par semaine

Document non contractuel

AXA France Vie - S.A. au capital de 487 725 073,50 € - RCS Nanterre 310 499 959- TVA intracommunautaire n° FR 62 310 499 959. AXA Assurances Vie Mutuelle - Société d'assurance mutuelle sur la vie et de capitalisation à cotisations fixes - Siren 353 457 245 - TVA intracommunautaire n° FR 48 353 457 245. AXA France IARD - S.A. au capital de 214 799 030 € - RCS Nanterre 722 057 460 - TVA intracommunautaire n° FR 14 722 057 460. AXA Assurances IARD Mutuelle - Société d'assurance mutuelle à cotisations fixes contre l'incendie, les accidents et risques divers - Siren 775 699 309 - TVA intracommunautaire n° FR 39 775 699 309. Sièges sociaux : 313, Terrasses de l'Arche 92727 Nanterre Cedex. Entreprises régies par le Code des assurances.



Ma Santé 100% Néo

Contacter l'agence AXA : 04 92 40 18 00 ou via le [site web](#).

[Simuler gratuitement un remboursement](#)

Règles générales applicables aux garanties

Les mots ou expressions soulignés sont définis dans le lexique de vos Conditions générales ou de votre Notice d'information.

Bien comprendre votre tableau de garanties

Nous prenons en charge uniquement les frais qui ont préalablement donné lieu à un remboursement par votre régime obligatoire d'assurance maladie français sauf lorsque cela est explicitement mentionné dans le tableau de garanties.

Vos garanties sont exprimées en pourcentage de la base de remboursement de la Sécurité sociale, en forfait en Euro ou en une combinaison des deux.

■ Les pourcentages intègrent les remboursements de votre régime obligatoire d'assurance maladie. Notre remboursement couvre la différence entre le taux remboursé par la Sécurité sociale et le taux affiché.

■ Les forfaits exprimés en Euro s'entendent **par assuré**. Lorsqu'ils sont définis par an, il s'agit de l'année d'assurance. Ils viennent en complément des remboursements de votre régime obligatoire d'assurance maladie français sauf indication spécifique. Ces forfaits ne sont pas reportables d'une année sur l'autre.

Les garanties "100% santé" et les garanties à tarifs limités ou libres ne se cumulent pas.

Les garanties du tableau sont explicitées dans vos Conditions générales ou votre Notice d'information.

Bon à savoir

- Le total des remboursements que vous percevez ne peut en aucun cas dépasser les frais réels engagés.
- La participation forfaitaire ainsi que les franchises sur les médicaments, sur les actes effectués par un auxiliaire médical et sur les transports ne sont pas prises en charge.
- Si vous ne respectez pas le parcours de soins, nous ne prenons pas en charge l'ensemble des pénalités appliquées par la Sécurité sociale (majoration du ticket modérateur, augmentation autorisée des tarifs conventionnels).

Des exclusions et des limitations de garanties générales sont indiquées dans vos Conditions générales ou votre Notice d'information. Pour les soins à l'étranger, se reporter à la rubrique « Soins à l'étranger » dans vos Conditions générales ou votre Notice d'information.

HOSPITALISATION	
Honoraires	
Honoraires des médecins	100%
Frais de séjour	
Ticket modérateur sur le prix de journée ou sur les actes peu coûteux, participation forfaitaire pour les actes coûteux	
- En établissement conventionné	Frais réels
- En établissement non conventionné	100%
Forfait journalier hospitalier	
Forfait journalier hospitalier	Frais réels
Chambre particulière et lit pour accompagnant	
Chambre particulière	Non pris en charge
Lit pour accompagnant	Non pris en charge
Confort à l'hôpital	
Télévision, connexion internet, téléphone (dans la limite de 30 jours par année d'assurance en moyen séjour)	Non pris en charge
Hospitalisation à domicile (HAD)	
Hospitalisation à domicile (HAD)	100%
SOINS COURANTS	
Honoraires médicaux	
Consultations, visites et actes (radio, petite chirurgie) de médecins généralistes ou spécialistes	100%
Analyses et examens de laboratoire	
Examens médicaux (biologie, analyse médicale)	100%
Honoraires paramédicaux	
Auxiliaires médicaux (par exemple : infirmier et infirmière, sage-femme, kinésithérapeute, orthophoniste, orthoptiste)	100%

Médicaments	
Médicaments à service médical rendu majeur ou important (ex-vignette blanche)	100%
Médicaments à service médical rendu modéré (ex-vignette bleue)	100%
Médicaments à service médical rendu faible (ex-vignette orange)	Non pris en charge
Matériel médical	
Prothèses, pansements, petits matériels et autres produits définis sur la Liste des Produits et Prestations remboursables de la Sécurité sociale (hors lunettes et aides auditives pour lesquelles se référer à leurs lignes spécifiques).	100%
Médecine douce et prévention	
Médecine douce	Non pris en charge
Forfait prévention	
- Sevrage tabagique : Tous les 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) même non remboursés par la Sécurité sociale	50 €/an
- Vaccin antigrippe prescrit même non remboursé par la Sécurité sociale	
- Consultation diététicien non remboursée par la Sécurité sociale	
TRANSPORT SANITAIRE	
Transports prescrits pour l'hospitalisation ou la médecine de ville	100%
OPTIQUE	
La prise en charge des lunettes est limitée à une paire tous les 2 ans pour les personnes de 16 ans et plus et à une paire tous les ans pour les enfants de moins de 16 ans, sauf en cas d'évolution de la vue objectivée par une nouvelle prescription médicale ophtalmologique.	
Le montant remboursé pour un équipement (2 verres + une monture) est dans tous les cas limité aux plafonds définis par la réglementation des contrats responsables.	
Se reporter à vos Conditions générales ou à votre Notice d'information pour plus de précisions sur les conditions de renouvellement et sur la réglementation applicable.	
Equipements "100% santé"	
Lunettes "100% santé", verres et monture de classe A, telles que définies par la réglementation	Frais réels dans la limite des prix limites de vente définis par la réglementation
Lunettes à tarifs libres	
Verres et monture de classe B	
⁽¹⁾ Ce remboursement à hauteur de la base de remboursement de la Sécurité sociale est quasi-nul, cette base de remboursement étant de quelques centimes.	100% ⁽¹⁾ (Remboursement quasi-nul)
Lentilles	
Lentilles	100%
Chirurgie réfractive	
Opération de la myopie, de l'hypermétropie, de l'astigmatisme et de la presbytie par laser, non remboursée par la Sécurité sociale	Non pris en charge
DENTAIRE	
Soins	
Consultations et soins dentaires (hors inlays-onlays d'obturation), chirurgie et parodontologie	100%
Prothèses	
Prothèses à tarifs limités, prothèses à tarifs libres, inlays-onlays d'obturation	
Les prothèses à tarifs limités et les prothèses à tarifs libres sont définies par la réglementation.	
Les prothèses à tarifs limités incluent certaines couronnes céramo-métalliques sur deuxièmes prémolaires et molaires ; les prothèses à tarifs libres incluent certaines couronnes céramo-céramiques (se reporter à vos Conditions générales ou à votre Notice d'information pour trouver plus d'exemples et les références précises à la réglementation).	100%
Soins et prothèses "100% santé"	
Les soins et prothèses "100% santé" sont définis par la réglementation.	
Ces prothèses incluent certaines couronnes céramo-métalliques sur incisives, canines et premières prémolaires, certaines couronnes métalliques sur les autres dents (se reporter à vos Conditions générales ou à votre Notice d'information pour trouver plus d'exemples et les références précises à la réglementation).	Frais réels dans la limite des honoraires limites de facturation définis par la réglementation
Orthodontie	
Orthodontie	
Le traitement par semestre et les soins de contention 1 ^{re} année étant déjà pris en charge à 100% de la base de remboursement par la Sécurité sociale, notre remboursement de l'orthodontie dans cette formule est limité au ticket modérateur sur les autres actes d'orthodontie.	100%

AIDES AUDITIVES

La prise en charge des aides auditives est limitée à un équipement par oreille tous les 4 ans. Ce délai de renouvellement s'entend pour chaque oreille indépendamment.

Le remboursement d'une aide auditive ne peut pas excéder 1700 €. Conformément à la réglementation, ce plafond de 1700 € est calculé en y incluant le remboursement du régime obligatoire et le remboursement complémentaire éventuel des régimes locaux ou spéciaux (Alsace-Moselle, SNCF, etc.), .

Equipements "100% santé"

Les aides auditives "100% santé" (classe I) sont définies par la réglementation (se reporter à vos Conditions générales ou à votre Notice d'information).

Frais réels dans la limite des prix limites de vente définis par la réglementation

Aides auditives à tarifs libres

Aides auditives à tarifs libres (classe II)

100%

Accessoires

Accessoires, entretien et piles pour appareil auditif

100%

CURE THERMALE

Cure thermique

Non pris en charge

ASSISTANCE

La description ci-dessous est un résumé des garanties d'assistance. Se référer à vos Conditions générales ou votre Notice d'information pour avoir la description complète des garanties, des limitations et des conditions d'utilisation.

Aide-ménagère suite à une hospitalisation de plus de 24 heures et par dérogation dans les cas prévus dans vos Conditions générales ou votre Notice d'information

Dans la limite de 40 heures par an

Garde-malade suite à une hospitalisation de plus de 24 heures

Une fois par an dans la limite de 40 heures

Garde-enfants pendant une hospitalisation de plus de 24 heures

Une fois par an dans la limite de 40 heures

Garde-animaux pendant une hospitalisation de plus de 24 heures

Une fois par an dans la limite de 250 €

Soutien scolaire suite à une immobilisation au domicile ou une hospitalisation

12 semaines par an dans la limite de 15 heures par semaine

Document non contractuel

AXA France Vie - S.A. au capital de 487 725 073,50 € - RCS Nanterre 310 499 959- TVA intracommunautaire n° FR 62 310 499 959. AXA Assurances Vie Mutuelle - Société d'assurance mutuelle sur la vie et de capitalisation à cotisations fixes - Siren 353 457 245 - TVA intracommunautaire n° FR 48 353 457 245. AXA France IARD - S.A. au capital de 214 799 030 € - RCS Nanterre 722 057 460 - TVA intracommunautaire n° FR 14 722 057 460. AXA Assurances IARD Mutuelle - Société d'assurance mutuelle à cotisations fixes contre l'incendie, les accidents et risques divers - Siren 775 699 309 - TVA intracommunautaire n° FR 39 775 699 309. Sièges sociaux : 313, Terrasses de l'Arche 92727 Nanterre Cedex. Entreprises régies par le Code des assurances.



Ma Santé 100% Néo

avec **Module Optique & Dentaire**

Contacter l'agence AXA : 04 92 40 18 00 ou via le [site web](#).

[Simuler gratuitement un remboursement](#)

Règles générales applicables aux garanties

Les mots ou expressions soulignés sont définis dans le lexique de vos Conditions générales ou de votre Notice d'information.

Bien comprendre votre tableau de garanties

Nous prenons en charge uniquement les frais qui ont préalablement donné lieu à un remboursement par votre régime obligatoire d'assurance maladie français sauf lorsque cela est explicitement mentionné dans le tableau de garanties.

Vos garanties sont exprimées en pourcentage de la base de remboursement de la Sécurité sociale, en forfait en Euro ou en une combinaison des deux.

■ Les pourcentages intègrent les remboursements de votre régime obligatoire d'assurance maladie. Notre remboursement couvre la différence entre le taux remboursé par la Sécurité sociale et le taux affiché.

■ Les forfaits exprimés en Euro s'entendent par assuré. Lorsqu'ils sont définis par an, il s'agit de l'année d'assurance. Ils viennent en complément des remboursements de votre régime obligatoire d'assurance maladie français sauf indication spécifique. Ces forfaits ne sont pas reportables d'une année sur l'autre.

Les garanties "100% santé" et les garanties à tarifs limités ou libres ne se cumulent pas.

Les garanties du tableau sont explicitées dans vos Conditions générales ou votre Notice d'information.

Bon à savoir

- Le total des remboursements que vous percevez ne peut en aucun cas dépasser les frais réels engagés.
- La participation forfaitaire ainsi que les franchises sur les médicaments, sur les actes effectués par un auxiliaire médical et sur les transports ne sont pas prises en charge.
- Si vous ne respectez pas le parcours de soins, nous ne prenons pas en charge l'ensemble des pénalités appliquées par la Sécurité sociale (majoration du ticket modérateur, augmentation autorisée des tarifs conventionnels).

Des exclusions et des limitations de garanties générales sont indiquées dans vos Conditions générales ou votre Notice d'information. Pour les soins à l'étranger, se reporter à la rubrique « Soins à l'étranger » dans vos Conditions générales ou votre Notice d'information.

HOSPITALISATION

Honoraires

Honoraires des médecins

100%

Frais de séjour

Ticket modérateur sur le prix de journée ou sur les actes peu coûteux, participation forfaitaire pour les actes coûteux

- En établissement conventionné
- En établissement non conventionné

Frais réels

100%

Forfait journalier hospitalier

Forfait journalier hospitalier

Frais réels

Chambre particulière et lit pour accompagnant

Chambre particulière

Non pris en charge

Lit pour accompagnant

Non pris en charge

Confort à l'hôpital

Télévision, connexion internet, téléphone (dans la limite de 30 jours par année d'assurance en moyen séjour)

Non pris en charge

Hospitalisation à domicile (HAD)

Hospitalisation à domicile (HAD)

100%

SOINS COURANTS

Honoraires médicaux

Consultations, visites et actes (radio, petite chirurgie) de médecins généralistes ou spécialistes

100%

Analyses et examens de laboratoire

Examens médicaux (biologie, analyse médicale)

100%

Honoraires paramédicaux

Auxiliaires médicaux (par exemple : infirmier et infirmière, sage-femme, kinésithérapeute, orthophoniste, orthoptiste)

100%

Médicaments			
Médicaments à service médical rendu majeur ou important (ex-vignette blanche)			100%
Médicaments à service médical rendu modéré (ex-vignette bleue)			100%
Médicaments à service médical rendu faible (ex-vignette orange)			Non pris en charge
Matériel médical			
Prothèses, pansements, petits matériels et autres produits définis sur la Liste des Produits et Prestations remboursables de la Sécurité sociale (hors lunettes et aides auditives pour lesquelles se référer à leurs lignes spécifiques).			100%
Médecine douce et prévention			
Médecine douce			Non pris en charge
Forfait prévention			
- Sevrage tabagique : Tous les 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) même non remboursés par la Sécurité sociale - Vaccin antigrippe prescrit même non remboursé par la Sécurité sociale - Consultation diététicien non remboursée par la Sécurité sociale			50 € /an
TRANSPORT SANITAIRE			
Transports prescrits pour l'hospitalisation ou la médecine de ville			100%
OPTIQUE			
La prise en charge des lunettes est limitée à une paire tous les 2 ans pour les personnes de 16 ans et plus et à une paire tous les ans pour les enfants de moins de 16 ans, sauf en cas d'évolution de la vue objectivée par une nouvelle prescription médicale ophtalmologique. Le montant remboursé pour un équipement (2 verres + une monture) est dans tous les cas limité aux plafonds définis par la réglementation des contrats responsables. Les forfaits en Euro sur les lunettes (verres ou montures) intègrent le remboursement de la Sécurité sociale et l'éventuel remboursement complémentaire des régimes locaux ou spéciaux (Alsace-Moselle, SNCF, etc.) Se reporter à vos Conditions générales ou à votre Notice d'information pour plus de précisions sur les conditions de renouvellement et sur la réglementation applicable.			
Equipements "100% santé"			
Lunettes "100% santé", verres et monture de classe A, telles que définies par la réglementation			Frais réels dans la limite des prix limites de vente définis par la réglementation
Lunettes à tarifs libres			
Verres de classe B			
La Grille optique A vous permet un remboursement sans reste à charge dans le réseau Itelis sur une sélection de verres et de traitements. Elle définit un forfait de remboursement par verre en fonction de leur correction en dehors du réseau Itelis.			
La Grille optique A est décrite en annexe de ce document.			Grille optique A
Monture de classe B	1 ^{re} , 2 ^e année		50 € pour la monture
	3 ^e année		75 € pour la monture
	4 ^e année et +		100 € pour la monture
Lentilles			
Les lentilles prescrites sont prises en charge même si non remboursées par la Sécurité sociale. Le ticket modérateur des lentilles remboursées par la Sécurité sociale est pris en charge même si le forfait annuel est épuisé.			120 € /an
Chirurgie réfractive			
Opération de la myopie, de l'hypermétropie, de l'astigmatisme et de la presbytie par laser non, non remboursée par la Sécurité sociale			170 € /œil
DENTAIRE			
Soins			
Consultations et soins dentaires (hors inlays-onlays d'obturation), chirurgie et parodontologie remboursée			125%
Prothèses			
Prothèses à tarifs limités, prothèses à tarifs libres, inlays-onlays d'obturation			
Les prothèses à tarifs limités et les prothèses à tarifs libres sont définies par la réglementation. Pour les prothèses à tarifs limités, notre garantie ne peut dépasser les honoraires limites de facturation réglementaires.	1 ^{re} , 2 ^e année		100% + 170€ /an
Les prothèses à tarifs limités incluent certaines couronnes céramo-métalliques sur deuxièmes prémolaires et molaires ; les prothèses à tarifs libres incluent certaines couronnes céramo-céramiques (se reporter à vos Conditions générales ou à votre Notice d'information pour trouver plus d'exemples et les références précises à la réglementation).	3 ^e année		100% +250 € /an
Le forfait en Euro est utilisable pour les implants et la parodontologie non remboursés par la Sécurité sociale.	4 ^e année et +		100% +300 € /an

Soins et prothèses "100% santé"

Les soins et prothèses "100% santé" sont définis par la réglementation.

Ces prothèses incluent certaines couronnes céramo-métalliques sur incisives, canines et premières prémolaires, certaines couronnes métalliques sur les autres dents (se reporter à vos Conditions générales ou à votre Notice d'information pour trouver plus d'exemples et les références précises à la réglementation).

Frais réels dans la limite des honoraires limites de facturation définis par la réglementation

Orthodontie

Orthodontie (versé par semestre)

1 ^{re} , 2 ^e année	100 € /sem. (soit 200 € /an)
3 ^e année	150 € /sem. (soit 300 € /an)
4 ^e année et +	200 € /sem. (soit 400 € /an)

AIDES AUDITIVES

La prise en charge des aides auditives est limitée à un équipement par oreille tous les 4 ans. Ce délai de renouvellement s'entend pour chaque oreille indépendamment.

Le remboursement d'une aide auditive ne peut pas excéder 1700 €. Conformément à la réglementation, ce plafond de 1700 € est calculé en y incluant le remboursement du régime obligatoire et le remboursement complémentaire éventuel des régimes locaux ou spéciaux (Alsace-Moselle, SNCF, etc.).

Equipements "100% santé"

Les aides auditives "100% santé" (classe I) sont définies par la réglementation (se reporter à vos Conditions générales ou à votre Notice d'information).

Frais réels dans la limite des prix limites de vente définis par la réglementation

Aides auditives à tarifs libres

Aides auditives à tarifs libres (classe II)

100%

Accessoires

Accessoires, entretien et piles pour appareil auditif

100%

CURE THERMALE

Cure thermique

Non pris en charge

ASSISTANCE

La description ci-dessous est un résumé des garanties d'assistance. Se référer à vos Conditions générales ou votre Notice d'information pour avoir la description complète des garanties, des limitations et des conditions d'utilisation.

Aide-ménagère suite à une hospitalisation de plus de 24 heures et par dérogation dans les cas prévus dans vos Conditions générales ou votre Notice d'information	Dans la limite de 40 heures par an
Garde-malade suite à une hospitalisation de plus de 24 heures	Une fois par an dans la limite de 40 heures
Garde-enfants pendant une hospitalisation de plus de 24 heures	Une fois par an dans la limite de 40 heures
Garde-animaux pendant une hospitalisation de plus de 24 heures	Une fois par an dans la limite de 250 €
Soutien scolaire suite à une immobilisation au domicile ou une hospitalisation	12 semaines par an dans la limite de 15 heures par semaine

Document non contractuel

AXA France Vie - S.A. au capital de 487 725 073,50 € - RCS Nanterre 310 499 959- TVA intracommunautaire n° FR 62 310 499 959. AXA Assurances Vie Mutuelle - Société d'assurance mutuelle sur la vie et de capitalisation à cotisations fixes - Siren 353 457 245 - TVA intracommunautaire n° FR 48 353 457 245. AXA France IARD - S.A. au capital de 214 799 030 € - RCS Nanterre 722 057 460 - TVA intracommunautaire n° FR 14 722 057 460. AXA Assurances IARD Mutuelle - Société d'assurance mutuelle à cotisations fixes contre l'incendie, les accidents et risques divers - Siren 775 699 309 - TVA intracommunautaire n° FR 39 775 699 309. Sièges sociaux : 313, Terrasses de l'Arche 92727 Nanterre Cedex. Entreprises régies par le Code des assurances.

MA100ROD
3/3



Réf : 974800 09 2022 -



Ma Santé 100% Néo

avec **Module Optique & Dentaire + Confort**

Contacter l'agence AXA : 04 92 40 18 00 ou via le [site web](#).

[Simuler gratuitement un remboursement](#)

Règles générales applicables aux garanties

Les mots ou expressions soulignés sont définis dans le lexique de vos Conditions générales ou de votre Notice d'information.

Bien comprendre votre tableau de garanties

Nous prenons en charge uniquement les frais qui ont préalablement donné lieu à un remboursement par votre régime obligatoire d'assurance maladie français sauf lorsque cela est explicitement mentionné dans le tableau de garanties.

Vos garanties sont exprimées en pourcentage de la base de remboursement de la Sécurité sociale, en forfait en Euro ou en une combinaison des deux.

■ Les pourcentages intègrent les remboursements de votre régime obligatoire d'assurance maladie. Notre remboursement couvre la différence entre le taux remboursé par la Sécurité sociale et le taux affiché.

■ Les forfaits exprimés en Euro s'entendent par assuré. Lorsqu'ils sont définis par an, il s'agit de l'année d'assurance. Ils viennent en complément des remboursements de votre régime obligatoire d'assurance maladie français sauf indication spécifique. Ces forfaits ne sont pas reportables d'une année sur l'autre.

Les garanties "100% santé" et les garanties à tarifs limités ou libres ne se cumulent pas.

Les garanties du tableau sont explicitées dans vos Conditions générales ou votre Notice d'information.

Bon à savoir

- Le total des remboursements que vous percevez ne peut en aucun cas dépasser les frais réels engagés.
- La participation forfaitaire ainsi que les franchises sur les médicaments, sur les actes effectués par un auxiliaire médical et sur les transports ne sont pas prises en charge.
- Si vous ne respectez pas le parcours de soins, nous ne prenons pas en charge l'ensemble des pénalités appliquées par la Sécurité sociale (majoration du ticket modérateur, augmentation autorisée des tarifs conventionnels).

Des exclusions et des limitations de garanties générales sont indiquées dans vos Conditions générales ou votre Notice d'information. Pour les soins à l'étranger, se reporter à la rubrique « Soins à l'étranger » dans vos Conditions générales ou votre Notice d'information.

HOSPITALISATION	
Honoraires	
Honoraires des médecins	100%
Frais de séjour	
Ticket modérateur sur le prix de journée ou sur les actes peu coûteux, participation forfaitaire pour les actes coûteux	
- En établissement conventionné	Frais réels
- En établissement non conventionné	100%
Forfait journalier hospitalier	
Forfait journalier hospitalier	Frais réels
Chambre particulière et lit pour accompagnant	
Chambre particulière	Non pris en charge
Lit pour accompagnant	Non pris en charge
Confort à l'hôpital	
Télévision, connexion internet, téléphone (dans la limite de 30 jours par année d'assurance en moyen séjour)	Non pris en charge
Hospitalisation à domicile (HAD)	
Hospitalisation à domicile (HAD)	100%
SOINS COURANTS	
Honoraires médicaux	
Consultations, visites et actes (radio, petite chirurgie) de médecins généralistes ou spécialistes	100%
Analyses et examens de laboratoire	
Examens médicaux (biologie, analyse médicale)	100%
Honoraires paramédicaux	
Auxiliaires médicaux (par exemple : infirmier et infirmière, sage-femme, kinésithérapeute, orthophoniste, orthoptiste)	100%

Médicaments				
Tout médicament remboursé par la Sécurité sociale			100%	
Médicament prescrit et non remboursé par la Sécurité sociale			30 €/an	
Matériel médical				
Prothèses, pansements, petits matériels et autres produits définis sur la Liste des Produits et Prestations remboursables de la Sécurité sociale (hors lunettes et aides auditives pour lesquelles se référer à leurs lignes spécifiques).			100%	
Médecine douce et prévention				
Médecine douce (ostéopathe, chiropracteur, acupuncteur, pédicure-podologue) et psychothérapeute non remboursés par la Sécurité sociale			25€ /séance	
- Nombre de séances remboursées toutes spécialités confondues	1 ^{re} , 2 ^e année	3 séances /an		
	3 ^e année et +	6 séances /an		
Forfait prévention				
- Sevrage tabagique : Tous les 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) même non remboursés par la Sécurité sociale			50 €/an	
- Vaccin antigrippe prescrit non remboursé par la Sécurité sociale				
- Consultation diététicien non remboursée par la Sécurité sociale				
- Traitement DMLA par compléments en Oméga 3 prescrit par un médecin et non remboursé par la Sécurité sociale				
- Dépistage de l'ostéoporose prescrit par un médecin et non remboursé par la Sécurité sociale				
TRANSPORT SANITAIRE				
Transports prescrits pour l'hospitalisation ou la médecine de ville			100%	
OPTIQUE				
La prise en charge des lunettes est limitée à une paire tous les 2 ans pour les personnes de 16 ans et plus et à une paire tous les ans pour les enfants de moins de 16 ans , sauf en cas d'évolution de la vue objectivée par une nouvelle prescription médicale ophtalmologique.				
Le montant remboursé pour un équipement (2 verres + une monture) est dans tous les cas limité aux plafonds définis par la réglementation des contrats responsables.				
Les forfaits en Euro sur les lunettes (verres ou montures) intègrent le remboursement de la Sécurité sociale et l'éventuel remboursement complémentaire des régimes locaux ou spéciaux (Alsace-Moselle, SNCF, etc.)				
Se reporter à vos Conditions générales ou à votre Notice d'information pour plus de précisions sur les conditions de renouvellement et sur la réglementation applicable.				
Equipements "100% santé"				
Lunettes "100% santé", verres et monture de classe A, telles que définies par la réglementation			Frais réels dans la limite des prix limites de vente définis par la réglementation	
Lunettes à tarifs libres				
Verres de classe B			Grille optique A	
La Grille optique A vous permet un remboursement sans reste à charge dans le réseau Itelis sur une sélection de verres et de traitements. Elle définit un forfait de remboursement par verre en fonction de leur correction en dehors du réseau Itelis. La Grille optique A est décrite en annexe de ce document.				
Monture de classe B	1 ^{re} , 2 ^e année	50 € pour la monture		
	3 ^e année	75 € pour la monture		
	4 ^e année et +	100 € pour la monture		
Lentilles				
Les lentilles prescrites sont prises en charge même si non remboursées par la Sécurité sociale. Le ticket modérateur des lentilles remboursées par la Sécurité sociale est pris en charge même si le forfait annuel est épuisé.			120 €/an	
Chirurgie réfractive				
Opération de la myopie, de l'hypermétropie, de l'astigmatisme et de la presbytie par laser, non remboursée par la Sécurité sociale			170 €/œil	
DENTAIRE				
Soins				
Consultations et soins dentaires (hors inlays-onlays d'obturation), chirurgie et parodontologie remboursée			125%	
Prothèses				
Prothèses à tarifs limités, prothèses à tarifs libres, inlays-onlays d'obturation			100% + 170€/an	
Les prothèses à tarifs limités et les prothèses à tarifs libres sont définies par la réglementation. Pour les prothèses à tarifs limités, notre garantie ne peut dépasser les honoraires limites de facturation réglementaires.				
Les prothèses à tarifs limités incluent certaines couronnes céramo-métalliques sur deuxièmes prémolaires et molaires ; les prothèses à tarifs libres incluent certaines couronnes céramo-céramiques (se reporter à vos Conditions générales ou à votre Notice d'information pour trouver plus d'exemples et les références précises à la réglementation).	3 ^e année	100% +250 €/an		
	4 ^e année et +	100% +300 €/an		
Le forfait en Euro est utilisable pour les implants et la parodontologie non remboursés par la Sécurité sociale.				

Soins et prothèses "100% santé"

Les soins et prothèses "100% santé" sont définis par la réglementation.

Ces prothèses incluent certaines couronnes céramo-métalliques sur incisives, canines et premières prémolaires, certaines couronnes métalliques sur les autres dents (se reporter à vos Conditions générales ou à votre Notice d'information pour trouver plus d'exemples et les références précises à la réglementation).

Frais réels dans la limite des honoraires limites de facturation définis par la réglementation

Orthodontie

Orthodontie (versé par semestre)

1 ^{re} , 2 ^e année	100 € /sem. (soit 200 € /an)
3 ^e année	150 € /sem. (soit 300 € /an)
4 ^e année et +	200 € /sem. (soit 400 € /an)

AIDES AUDITIVES

La prise en charge des aides auditives est limitée à un équipement par oreille tous les 4 ans. Ce délai de renouvellement s'entend pour chaque oreille indépendamment.

Le remboursement d'une aide auditive ne peut pas excéder 1700 €. Conformément à la réglementation, ce plafond de 1700 € est calculé en y incluant le remboursement du régime obligatoire et le remboursement complémentaire éventuel des régimes locaux ou spéciaux (Alsace-Moselle, SNCF, etc.), .

Equipements "100% santé"

Les aides auditives "100% santé" (classe I) sont définies par la réglementation (se reporter à vos Conditions générales ou à votre Notice d'information).

Frais réels dans la limite des prix limites de vente définis par la réglementation

Aides auditives à tarifs libres

Aides auditives à tarifs libres (classe II)

710 € /oreille

Accessoires

Accessoires, entretien et piles pour appareil auditif

125%

CURE THERMALE

Forfait de surveillance thermale ou pratiques médicales complémentaires par un médecin ayant adhéré à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (DPTAM)

220%

Forfait de surveillance thermale ou pratiques médicales complémentaires par un médecin n'ayant pas adhéré à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (DPTAM)

200%

Forfait thermal

200%

Frais d'hébergement et de transport, même si non remboursés par la Sécurité sociale, la cure étant remboursée par la Sécurité sociale

200 €/an

ASSISTANCE

La description ci-dessous est un résumé des garanties d'assistance. Se référer à vos Conditions générales ou votre Notice d'information pour avoir la description complète des garanties, des limitations et des conditions d'utilisation.

Aide-ménagère suite à une hospitalisation de plus de 24 heures et par dérogation dans les cas prévus dans vos Conditions générales ou votre Notice d'information

Dans la limite de 40 heures par an

Garde-malade suite à une hospitalisation de plus de 24 heures

Une fois par an dans la limite de 40 heures

Garde-enfants pendant une hospitalisation de plus de 24 heures

Une fois par an dans la limite de 40 heures

Garde-animaux pendant une hospitalisation de plus de 24 heures

Une fois par an dans la limite de 250 €

Soutien scolaire suite à une immobilisation au domicile ou une hospitalisation

12 semaines par an dans la limite de 15 heures par semaine



Ma Santé 100% Néo

avec **Module Hospi**

Contactez l'agence AXA : 04 92 40 18 00 ou via le [site web](#).

[Simuler gratuitement un remboursement](#)

Règles générales applicables aux garanties

Les mots ou expressions soulignés sont définis dans le lexique de vos Conditions générales ou de votre Notice d'information.

Bien comprendre votre tableau de garanties

Nous prenons en charge uniquement les frais qui ont préalablement donné lieu à un remboursement par votre régime obligatoire d'assurance maladie français sauf lorsque cela est explicitement mentionné dans le tableau de garanties.

Vos garanties sont exprimées en pourcentage de la base de remboursement de la Sécurité sociale, en forfait en Euro ou en une combinaison des deux.

■ Les pourcentages intègrent les remboursements de votre régime obligatoire d'assurance maladie. Notre remboursement couvre la différence entre le taux remboursé par la Sécurité sociale et le taux affiché.

■ Les forfaits exprimés en Euro s'entendent par assuré. Lorsqu'ils sont définis par an, il s'agit de l'année d'assurance. Ils viennent en complément des remboursements de votre régime obligatoire d'assurance maladie français sauf indication spécifique. Ces forfaits ne sont pas reportables d'une année sur l'autre.

Les garanties "100% santé" et les garanties à tarifs limités ou libres ne se cumulent pas.

Les garanties du tableau sont explicitées dans vos Conditions générales ou votre Notice d'information.

Bon à savoir

- Le total des remboursements que vous percevez ne peut en aucun cas dépasser les frais réels engagés.
- La participation forfaitaire ainsi que les franchises sur les médicaments, sur les actes effectués par un auxiliaire médical et sur les transports ne sont pas prises en charge.
- Si vous ne respectez pas le parcours de soins, nous ne prenons pas en charge l'ensemble des pénalités appliquées par la Sécurité sociale (majoration du ticket modérateur, augmentation autorisée des tarifs conventionnels).

Des exclusions et des limitations de garanties générales sont indiquées dans vos Conditions générales ou votre Notice d'information. Pour les soins à l'étranger, se reporter à la rubrique « Soins à l'étranger » dans vos Conditions générales ou votre Notice d'information.

HOSPITALISATION

Honoraires

Honoraires des médecins (y compris chirurgiens) ayant adhéré à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (DPTAM)	1 ^{re} année	220% ⁽¹⁾
	2 ^e année et +	400% ⁽¹⁾
Honoraires des médecins (y compris chirurgiens) n'ayant pas adhéré à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (DPTAM)	1 ^{re} année	200% ⁽¹⁾
	2 ^e année et +	200% ⁽¹⁾

⁽¹⁾ 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 à la souscription du contrat et lors de l'ajout d'un bénéficiaire à l'exception des nouveau-nés.

Frais de séjour

Ticket modérateur sur le prix de journée ou sur les actes peu coûteux, participation forfaitaire pour les actes coûteux

- En établissement conventionné	Frais réels
- En établissement non conventionné	100%

Forfait journalier hospitalier

Forfait journalier hospitalier	Frais réels
--------------------------------	-------------

Chambre particulière et lit pour accompagnant

Chambre particulière non remboursée par la Sécurité sociale (dans la limite de 30 jours par année d'assurance en moyen séjour)

- avec nuitée	40 €/jour
- sans nuitée (en ambulatoire)	20 €/jour

Lit pour accompagnant non remboursé par la Sécurité sociale	15 €/jour
---	-----------

Confort à l'hôpital

Télévision, connexion internet, téléphone (dans la limite de 30 jours par année d'assurance en moyen séjour)	3 €/jour
--	----------

Hospitalisation à domicile (HAD)	
Hospitalisation à domicile (HAD)	100%
SOINS COURANTS	
Honoraires médicaux	
Consultations, visites et actes (radio, petite chirurgie) de médecins généralistes ou spécialistes	100%
Analyses et examens de laboratoire	
Examens médicaux (biologie, analyse médicale)	100%
Honoraires paramédicaux	
Auxiliaires médicaux (par exemple : infirmier et infirmière, sage-femme, kinésithérapeute, orthophoniste, orthoptiste)	100%
Médicaments	
Médicaments à service médical rendu majeur ou important (ex-vignette blanche)	100%
Médicaments à service médical rendu modéré (ex-vignette bleue)	100%
Médicaments à service médical rendu faible (ex-vignette orange)	Non pris en charge
Matériel médical	
Prothèses, pansements, petits matériels et autres produits définis sur la Liste des Produits et Prestations remboursables de la Sécurité sociale (hors lunettes et aides auditives pour lesquelles se référer à leurs lignes spécifiques).	100%
Médecine douce et prévention	
Médecine douce	Non pris en charge
Forfait prévention	
- Sevrage tabagique : Tous les 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) même non remboursés par la Sécurité sociale	50 € /an
- Vaccin antigrippe prescrit même non remboursé par la Sécurité sociale	
- Consultation diététicien non remboursée par la Sécurité sociale	
TRANSPORT SANITAIRE	
Transports prescrits pour l'hospitalisation ou la médecine de ville	100%
OPTIQUE	
La prise en charge des lunettes est limitée à une paire tous les 2 ans pour les personnes de 16 ans et plus et à une paire tous les ans pour les enfants de moins de 16 ans, sauf en cas d'évolution de la vue objectivée par une nouvelle prescription médicale ophtalmologique.	
Le montant remboursé pour un équipement (2 verres + une monture) est dans tous les cas limité aux plafonds définis par la réglementation des contrats responsables.	
Se reporter à vos Conditions générales ou à votre Notice d'information pour plus de précisions sur les conditions de renouvellement et sur la réglementation applicable.	
Equipements "100% santé"	
Lunettes "100% santé", verres et monture de classe A, telles que définies par la réglementation	Frais réels dans la limite des prix limites de vente définis par la réglementation
Lunettes à tarifs libres	
Verres et monture de classe B	100% ⁽²⁾ (Remboursement quasi-nul)
⁽²⁾ Ce remboursement à hauteur de la base de remboursement de la Sécurité sociale est quasi-nul, cette base de remboursement étant de quelques centimes.	
Lentilles	
Lentilles	100%
Chirurgie réfractive	
Opération de la myopie, de l'hypermétropie, de l'astigmatisme et de la presbytie par laser, non remboursée par la Sécurité sociale	Non pris en charge
DENTAIRE	
Soins	
Consultations et soins dentaires (hors inlays-onlays d'obturation), chirurgie et parodontologie	100%
Prothèses	
Prothèses à tarifs limités, prothèses à tarifs libres, inlays-onlays d'obturation	100%
Les prothèses à tarifs limités et les prothèses à tarifs libres sont définies par la réglementation.	
Les prothèses à tarifs limités incluent certaines couronnes céramo-métalliques sur deuxièmes prémolaires et molaires ; les prothèses à tarifs libres incluent certaines couronnes céramo-céramiques (se reporter à vos Conditions générales ou à votre Notice d'information pour trouver plus d'exemples et les références précises à la réglementation).	
Soins et prothèses "100% santé"	
Les soins et prothèses "100% santé" sont définis par la réglementation.	Frais réels dans la limite des honoraires limites de facturation définis par la réglementation
Ces prothèses incluent certaines couronnes céramo-métalliques sur incisives, canines et premières prémolaires, certaines couronnes métalliques sur les autres dents (se reporter à vos Conditions générales ou à votre Notice d'information pour trouver plus d'exemples et les références précises à la réglementation).	

Orthodontie	
Orthodontie	
Le traitement par semestre et les soins de contention 1ère année étant déjà pris en charge à 100% de la base de remboursement par la Sécurité sociale, notre remboursement de l'orthodontie dans cette formule est limité au ticket modérateur sur les autres actes d'orthodontie.	100%
AIDES AUDITIVES	
La prise en charge des aides auditives est limitée à un équipement par oreille tous les 4 ans. Ce délai de renouvellement s'entend pour chaque oreille indépendamment.	
Le remboursement d'une aide auditive ne peut pas excéder 1700 €. Conformément à la réglementation, ce plafond de 1700 € est calculé en y incluant le remboursement du régime obligatoire et le remboursement complémentaire éventuel des régimes locaux ou spéciaux (Alsace-Moselle, SNCF, etc.), .	
Equipements "100% santé"	
Les aides auditives "100% santé" (classe I) sont définies par la réglementation (se reporter à vos Conditions générales ou à votre Notice d'information).	Frais réels dans la limite des prix limites de vente définis par la réglementation
Aides auditives à tarifs libres	
Aides auditives à tarifs libres (classe II)	100%
Accessoires	
Accessoires, entretien et piles pour appareil auditif	100%
CURE THERMALE	
Cure thermique	Non pris en charge
ASSISTANCE	
La description ci-dessous est un résumé des garanties d'assistance. Se référer à vos Conditions générales ou votre Notice d'information pour avoir la description complète des garanties, des limitations et des conditions d'utilisation.	
Aide-ménagère suite à une hospitalisation de plus de 24 heures et par dérogation dans les cas prévus dans vos Conditions générales ou votre Notice d'information	Dans la limite de 40 heures par an
Garde-malade suite à une hospitalisation de plus de 24 heures	Une fois par an dans la limite de 40 heures
Garde-enfants pendant une hospitalisation de plus de 24 heures	Une fois par an dans la limite de 40 heures
Garde-animaux pendant une hospitalisation de plus de 24 heures	Une fois par an dans la limite de 250 €
Soutien scolaire suite à une immobilisation au domicile ou une hospitalisation	12 semaines par an dans la limite de 15 heures par semaine

Document non contractuel

AXA France Vie - S.A. au capital de 487 725 073,50 € - RCS Nanterre 310 499 959- TVA intracommunautaire n° FR 62 310 499 959. AXA Assurances Vie Mutuelle - Société d'assurance mutuelle sur la vie et de capitalisation à cotisations fixes - Siren 353 457 245 - TVA intracommunautaire n° FR 48 353 457 245. AXA France IARD - S.A. au capital de 214 799 030 € - RCS Nanterre 722 057 460 - TVA intracommunautaire n° FR 14 722 057 460. AXA Assurances IARD Mutuelle - Société d'assurance mutuelle à cotisations fixes contre l'incendie, les accidents et risques divers - Siren 775 699 309 - TVA intracommunautaire n° FR 39 775 699 309. Sièges sociaux : 313, Terrasses de l'Arche 92727 Nanterre Cedex. Entreprises régies par le Code des assurances.





Ma Santé 100% Néo

avec **Module Hospi + Optique & Dentaire**

Contacter l'agence AXA : 04 92 40 18 00 ou via le [site web](#).

[Simuler gratuitement un remboursement](#)

Règles générales applicables aux garanties

Les mots ou expressions soulignés sont définis dans le lexique de vos Conditions générales ou de votre Notice d'information.

Bien comprendre votre tableau de garanties

Nous prenons en charge uniquement les frais qui ont préalablement donné lieu à un remboursement par votre régime obligatoire d'assurance maladie français sauf lorsque cela est explicitement mentionné dans le tableau de garanties.

Vos garanties sont exprimées en pourcentage de la base de remboursement de la Sécurité sociale, en forfait en Euro ou en une combinaison des deux.

■ Les pourcentages intègrent les remboursements de votre régime obligatoire d'assurance maladie. Notre remboursement couvre la différence entre le taux remboursé par la Sécurité sociale et le taux affiché.

■ Les forfaits exprimés en Euro s'entendent par assuré. Lorsqu'ils sont définis par an, il s'agit de l'année d'assurance. Ils viennent en complément des remboursements de votre régime obligatoire d'assurance maladie français sauf indication spécifique. Ces forfaits ne sont pas reportables d'une année sur l'autre.

Les garanties "100% santé" et les garanties à tarifs limités ou libres ne se cumulent pas.

Les garanties du tableau sont explicitées dans vos Conditions générales ou votre Notice d'information.

Bon à savoir

- Le total des remboursements que vous percevez ne peut en aucun cas dépasser les frais réels engagés.
- La participation forfaitaire ainsi que les franchises sur les médicaments, sur les actes effectués par un auxiliaire médical et sur les transports ne sont pas prises en charge.
- Si vous ne respectez pas le parcours de soins, nous ne prenons pas en charge l'ensemble des pénalités appliquées par la Sécurité sociale (majoration du ticket modérateur, augmentation autorisée des tarifs conventionnels).

Des exclusions et des limitations de garanties générales sont indiquées dans vos Conditions générales ou votre Notice d'information. Pour les soins à l'étranger, se reporter à la rubrique « Soins à l'étranger » dans vos Conditions générales ou votre Notice d'information.

HOSPITALISATION

Honoraires

Honoraires des médecins (y compris chirurgiens) ayant adhéré à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (DPTAM)	1 ^{re} année	220% ⁽¹⁾
	2 ^e année et +	400% ⁽¹⁾
Honoraires des médecins (y compris chirurgiens) n'ayant pas adhéré à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (DPTAM)	1 ^{re} année	200% ⁽¹⁾
	2 ^e année et +	200% ⁽¹⁾

⁽¹⁾ 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 à la souscription du contrat et lors de l'ajout d'un bénéficiaire à l'exception des nouveau-nés.

Frais de séjour

Ticket modérateur sur le prix de journée ou sur les actes peu coûteux, participation forfaitaire pour les actes coûteux

- En établissement conventionné
- En établissement non conventionné

Frais réels

100%

Forfait journalier hospitalier

Forfait journalier hospitalier

Frais réels

Chambre particulière et lit pour accompagnant

Chambre particulière non remboursée par la Sécurité sociale (dans la limite de 30 jours par année d'assurance en moyen séjour)

- avec nuitée
- sans nuitée (en ambulatoire)

40 € /jour

20 € /jour

Lit pour accompagnant non remboursé par la Sécurité sociale

15 € /jour

Confort à l'hôpital

Télévision, connexion internet, téléphone (dans la limite de 30 jours par année d'assurance en moyen séjour)

3 € /jour

Hospitalisation à domicile (HAD)		
Hospitalisation à domicile (HAD)		100%
SOINS COURANTS		
Honoraires médicaux		
Consultations, visites et actes (radio, petite chirurgie) de médecins généralistes ou spécialistes		100%
Analyses et examens de laboratoire		
Examens médicaux (biologie, analyse médicale)		100%
Honoraires paramédicaux		
Auxiliaires médicaux (par exemple : infirmier et infirmière, sage-femme, kinésithérapeute, orthophoniste, orthoptiste)		100%
Médicaments		
Médicaments à service médical rendu majeur ou important (ex-vignette blanche)		100%
Médicaments à service médical rendu modéré (ex-vignette bleue)		100%
Médicaments à service médical rendu faible (ex-vignette orange)		Non pris en charge
Matériel médical		
Prothèses, pansements, petits matériels et autres produits définis sur la Liste des Produits et Prestations remboursables de la Sécurité sociale (hors lunettes et aides auditives pour lesquelles se référer à leurs lignes spécifiques).		100%
Médecine douce et prévention		
Médecine douce		Non pris en charge
Forfait prévention		
- Sevrage tabagique : Tous les 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) même non remboursés par la Sécurité sociale		50 €/an
- Vaccin antigrippe prescrit même non remboursé par la Sécurité sociale		
- Consultation diététicien non remboursée par la Sécurité sociale		
TRANSPORT SANITAIRE		
Transports prescrits pour l'hospitalisation ou la médecine de ville		100%
OPTIQUE		
La prise en charge des lunettes est limitée à une paire tous les 2 ans pour les personnes de 16 ans et plus et à une paire tous les ans pour les enfants de moins de 16 ans, sauf en cas d'évolution de la vue objectivée par une nouvelle prescription médicale ophtalmologique.		
Le montant remboursé pour un équipement (2 verres + une monture) est dans tous les cas limité aux plafonds définis par la réglementation des contrats responsables.		
Les forfaits en Euro sur les lunettes (verres ou montures) intègrent le remboursement de la Sécurité sociale et l'éventuel remboursement complémentaire des régimes locaux ou spéciaux (Alsace-Moselle, SNCF, etc.)		
Se reporter à vos Conditions générales ou à votre Notice d'information pour plus de précisions sur les conditions de renouvellement et sur la réglementation applicable.		
Equipements "100% santé"		
Lunettes "100% santé", verres et monture de classe A, telles que définies par la réglementation		Frais réels dans la limite des prix limites de vente définis par la réglementation
Lunettes à tarifs libres		
Verres de classe B		Grille optique A
La Grille optique A vous permet un remboursement sans reste à charge dans le réseau Itelis sur une sélection de verres et de traitements. Elle définit un forfait de remboursement par verre en fonction de leur correction en dehors du réseau Itelis. La Grille optique A est décrite en annexe de ce document.		
Monture de classe B	1 ^{re} , 2 ^e année	50 € pour la monture
	3 ^e année	75 € pour la monture
	4 ^e année et +	100 € pour la monture
Lentilles		
Les lentilles prescrites sont prises en charge même si non remboursées par la Sécurité sociale. Le ticket modérateur des lentilles remboursées par la Sécurité sociale est pris en charge même si le forfait annuel est épuisé.		120 €/an
Chirurgie réfractive		
Opération de la myopie, de l'hypermétropie, de l'astigmatisme et de la presbytie par laser, non remboursée par la Sécurité sociale		170 €/œil

DENTAIRE		
Soins		
Consultations et soins dentaires (hors inlays-onlays d'obturation), chirurgie et parodontologie remboursée		125%
Prothèses		
Prothèses à tarifs limités, prothèses à tarifs libres, inlays-onlays d'obturation		
Les prothèses à tarifs limités et les prothèses à tarifs libres sont définies par la réglementation. Pour les prothèses à tarifs limités, notre garantie ne peut dépasser les honoraires limites de facturation réglementaires.	1 ^{re} , 2 ^e année	100% + 170€ /an
Les prothèses à tarifs limités incluent certaines couronnes céramo-métalliques sur deuxièmes prémolaires et molaires ; les prothèses à tarifs libres incluent certaines couronnes céramo-céramiques (se reporter à vos Conditions générales ou à votre Notice d'information pour trouver plus d'exemples et les références précises à la réglementation).	3 ^e année	100% + 250 € /an
Le forfait en Euro est utilisable pour les implants et la parodontologie non remboursés par la Sécurité sociale.	4 ^e année et +	100% + 300 € /an
Soins et prothèses "100% santé"		
Les soins et prothèses "100% santé" sont définis par la réglementation. Ces prothèses incluent certaines couronnes céramo-métalliques sur incisives, canines et premières prémolaires, certaines couronnes métalliques sur les autres dents (se reporter à vos Conditions générales ou à votre Notice d'information pour trouver plus d'exemples et les références précises à la réglementation).		Frais réels dans la limite des honoraires limites de facturation définis par la réglementation
Orthodontie		
Orthodontie (versé par semestre)	1 ^{re} , 2 ^e année	100 € /sem. (soit 200 € /an)
	3 ^e année	150 € /sem. (soit 300 € /an)
	4 ^e année et +	200 € /sem. (soit 400 € /an)
AIDES AUDITIVES		
La prise en charge des aides auditives est limitée à un équipement par oreille tous les 4 ans. Ce délai de renouvellement s'entend pour chaque oreille indépendamment.		
Le remboursement d'une aide auditive ne peut pas excéder 1 700 €. Conformément à la réglementation, ce plafond de 1 700 € est calculé en y incluant le remboursement du régime obligatoire et le remboursement complémentaire éventuel des régimes locaux ou spéciaux (Alsace-Moselle, SNCF, etc.), .		
Equipements "100% santé"		
Les aides auditives "100% santé" (classe I) sont définies par la réglementation (se reporter à vos Conditions générales ou à votre Notice d'information).		Frais réels dans la limite des prix limites de vente définis par la réglementation
Aides auditives à tarifs libres		
Aides auditives à tarifs libres (classe II)		100%
Accessoires		
Accessoires, entretien et piles pour appareil auditif		100%
CURE THERMALE		
Cure thermique		Non pris en charge
ASSISTANCE		
La description ci-dessous est un résumé des garanties d'assistance. Se référer à vos Conditions générales ou votre Notice d'information pour avoir la description complète des garanties, des limitations et des conditions d'utilisation.		
Aide-ménagère suite à une hospitalisation de plus de 24 heures et par dérogation dans les cas prévus dans vos Conditions générales ou votre Notice d'information	Dans la limite de 40 heures par an	
Garde-malade suite à une hospitalisation de plus de 24 heures	Une fois par an dans la limite de 40 heures	
Garde-enfants pendant une hospitalisation de plus de 24 heures	Une fois par an dans la limite de 40 heures	
Garde-animaux pendant une hospitalisation de plus de 24 heures	Une fois par an dans la limite de 250 €	
Soutien scolaire suite à une immobilisation au domicile ou une hospitalisation	12 semaines par an dans la limite de 15 heures par semaine	



Ma Santé 100% Néo

avec **Module Hospi + Confort**

Contactez l'agence AXA : 04 92 40 18 00 ou via le [site web](#).

[Simuler gratuitement un remboursement](#)

Règles générales applicables aux garanties

Les mots ou expressions soulignés sont définis dans le lexique de vos Conditions générales ou de votre Notice d'information.

Bien comprendre votre tableau de garanties

Nous prenons en charge uniquement les frais qui ont préalablement donné lieu à un remboursement par votre régime obligatoire d'assurance maladie français sauf lorsque cela est explicitement mentionné dans le tableau de garanties.

Vos garanties sont exprimées en pourcentage de la base de remboursement de la Sécurité sociale, en forfait en Euro ou en une combinaison des deux.

■ Les pourcentages intègrent les remboursements de votre régime obligatoire d'assurance maladie. Notre remboursement couvre la différence entre le taux remboursé par la Sécurité sociale et le taux affiché.

■ Les forfaits exprimés en Euro s'entendent par assuré. Lorsqu'ils sont définis par an, il s'agit de l'année d'assurance. Ils viennent en complément des remboursements de votre régime obligatoire d'assurance maladie français sauf indication spécifique. Ces forfaits ne sont pas reportables d'une année sur l'autre.

Les garanties "100% santé" et les garanties à tarifs limités ou libres ne se cumulent pas.

Les garanties du tableau sont explicitées dans vos Conditions générales ou votre Notice d'information.

Bon à savoir

- Le total des remboursements que vous percevez ne peut en aucun cas dépasser les frais réels engagés.
- La participation forfaitaire ainsi que les franchises sur les médicaments, sur les actes effectués par un auxiliaire médical et sur les transports ne sont pas prises en charge.
- Si vous ne respectez pas le parcours de soins, nous ne prenons pas en charge l'ensemble des pénalités appliquées par la Sécurité sociale (majoration du ticket modérateur, augmentation autorisée des tarifs conventionnels).

Des exclusions et des limitations de garanties générales sont indiquées dans vos Conditions générales ou votre Notice d'information. Pour les soins à l'étranger, se reporter à la rubrique « Soins à l'étranger » dans vos Conditions générales ou votre Notice d'information.

HOSPITALISATION

Honoraires

Honoraires des médecins (y compris chirurgiens) ayant adhéré à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (DPTAM)	1 ^{re} année	220% ⁽¹⁾
	2 ^e année et +	400% ⁽¹⁾
Honoraires des médecins (y compris chirurgiens) n'ayant pas adhéré à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (DPTAM)	1 ^{re} année	200% ⁽¹⁾
	2 ^e année et +	200% ⁽¹⁾

⁽¹⁾ 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 à la souscription du contrat et lors de l'ajout d'un bénéficiaire à l'exception des nouveau-nés.

Frais de séjour

Ticket modérateur sur le prix de journée ou sur les actes peu coûteux, participation forfaitaire pour les actes coûteux

- En établissement conventionné
- En établissement non conventionné

Frais réels

100%

Forfait journalier hospitalier

Forfait journalier hospitalier

Frais réels

Chambre particulière et lit pour accompagnant

Chambre particulière non remboursée par la Sécurité sociale (dans la limite de 30 jours par année d'assurance en moyen séjour)

- avec nuitée
- sans nuitée (en ambulatoire)

40 € /jour

20 € /jour

Lit pour accompagnant non remboursé par la Sécurité sociale

15 € /jour

Confort à l'hôpital

Télévision, connexion internet, téléphone (dans la limite de 30 jours par année d'assurance en moyen séjour)

3 € /jour

Hospitalisation à domicile (HAD)		
Hospitalisation à domicile (HAD)		100%
SOINS COURANTS		
Honoraires médicaux		
Consultations, visites et actes (radio, petite chirurgie) de médecins généralistes ou spécialistes		100%
Analyses et examens de laboratoire		
Examens médicaux (biologie, analyse médicale)		100%
Honoraires paramédicaux		
Auxiliaires médicaux (par exemple : infirmier et infirmière, sage-femme, kinésithérapeute, orthophoniste, orthoptiste)		100%
Médicaments		
Tout médicament remboursé par la Sécurité sociale		100%
Médicament prescrit et non remboursé par la Sécurité sociale		30 € /an
Matériel médical		
Prothèses, pansements, petits matériels et autres produits définis sur la Liste des Produits et Prestations remboursables de la Sécurité sociale (hors lunettes et aides auditives pour lesquelles se référer à leurs lignes spécifiques).		100%
Médecine douce et prévention		
Médecine douce (ostéopathe, chiropracteur, acupuncteur, pédicure-podologue) et psychothérapeute non remboursés par la Sécurité sociale		25 € /séance
- Nombre de séances remboursées toutes spécialités confondues	1 ^{re} , 2 ^e année	3 séances /an
	3 ^e année et +	6 séances /an
Forfait prévention		
- Sevrage tabagique : Tous les 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) même non remboursés par la Sécurité sociale		
- Vaccin antigrippe prescrit non remboursé par la Sécurité sociale		50 € /an
- Consultation diététicien non remboursée par la Sécurité sociale		
- Traitement DMLA par compléments en Oméga 3 prescrit par un médecin et non remboursé par la Sécurité sociale		
- Dépistage de l'ostéoporose prescrit par un médecin et non remboursé par la Sécurité sociale		
TRANSPORT SANITAIRE		
Transports prescrits pour l'hospitalisation ou la médecine de ville		100%
OPTIQUE		
La prise en charge des lunettes est limitée à une paire tous les 2 ans pour les personnes de 16 ans et plus et à une paire tous les ans pour les enfants de moins de 16 ans , sauf en cas d'évolution de la vue objectivée par une nouvelle prescription médicale ophtalmologique.		
Le montant remboursé pour un équipement (2 verres + une monture) est dans tous les cas limité aux plafonds définis par la réglementation des contrats responsables.		
Se reporter à vos Conditions générales ou à votre Notice d'information pour plus de précisions sur les conditions de renouvellement et sur la réglementation applicable.		
Equipements "100% santé"		
Lunettes "100% santé", verres et monture de classe A, telles que définies par la réglementation		Frais réels dans la limite des prix limites de vente définis par la réglementation
Lunettes à tarifs libres		
Verres et monture de classe B		
⁽²⁾ Ce remboursement à hauteur de la base de remboursement de la Sécurité sociale est quasi-nul, cette base de remboursement étant de quelques centimes.		100% ⁽²⁾ (Remboursement quasi-nul)
Lentilles		
Lentilles		100%
Chirurgie réfractive		
Opération de la myopie, de l'hypermétropie, de l'astigmatisme et de la presbytie par laser, non remboursée par la Sécurité sociale		Non pris en charge
DENTAIRE		
Soins		
Consultations et soins dentaires (hors inlays-onlays d'obturation), chirurgie et parodontologie		100%
Prothèses		
Prothèses à tarifs limités, prothèses à tarifs libres, inlays-onlays d'obturation		
Les prothèses à tarifs limités et les prothèses à tarifs libres sont définies par la réglementation.		
Les prothèses à tarifs limités incluent certaines couronnes céramo-métalliques sur deuxième prémolaires et molaires ; les prothèses à tarifs libres incluent certaines couronnes céramo-céramiques (se reporter à vos Conditions générales ou à votre Notice d'information pour trouver plus d'exemples et les références précises à la réglementation).		100%

Soins et prothèses "100% santé"

Les soins et prothèses "100% santé" sont définis par la réglementation.

Ces prothèses incluent certaines couronnes céramo-métalliques sur incisives, canines et premières prémolaires, certaines couronnes métalliques sur les autres dents (se reporter à vos Conditions générales ou à votre Notice d'information pour trouver plus d'exemples et les références précises à la réglementation).

Frais réels dans la limite des honoraires limites de facturation définis par la réglementation

Orthodontie

Orthodontie

Le traitement par semestre et les soins de contention 1ère année étant déjà pris en charge à 100% de la base de remboursement par la Sécurité sociale, notre remboursement de l'orthodontie dans cette formule est limité au ticket modérateur sur les autres actes d'orthodontie.

100%

AIDES AUDITIVES

La prise en charge des aides auditives est limitée à un équipement par oreille tous les 4 ans. Ce délai de renouvellement s'entend pour chaque oreille indépendamment.

Le remboursement d'une aide auditive ne peut pas excéder 1700 €. Conformément à la réglementation, ce plafond de 1700 € est calculé en y incluant le remboursement du régime obligatoire et le remboursement complémentaire éventuel des régimes locaux ou spéciaux (Alsace-Moselle, SNCF, etc.), .

Equipements "100% santé"

Les aides auditives "100% santé" (classe I) sont définies par la réglementation (se reporter à vos Conditions générales ou à votre Notice d'information).

Frais réels dans la limite des prix limites de vente définis par la réglementation

Aides auditives à tarifs libres

Aides auditives à tarifs libres (classe II)

710 €/oreille

Accessoires

Accessoires, entretien et piles pour appareil auditif

125%

CURE THERMALE

Forfait de surveillance thermale ou pratiques médicales complémentaires par un médecin ayant adhéré à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (DPTAM)

220%

Forfait de surveillance thermale ou pratiques médicales complémentaires par un médecin n'ayant pas adhéré à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (DPTAM)

200%

Forfait thermal

200%

Frais d'hébergement et de transport, même si non remboursés par la Sécurité sociale, la cure étant remboursée par la Sécurité sociale

200 €/an

ASSISTANCE

La description ci-dessous est un résumé des garanties d'assistance. Se référer à vos Conditions générales ou votre Notice d'information pour avoir la description complète des garanties, des limitations et des conditions d'utilisation.

Aide-ménagère suite à une hospitalisation de plus de 24 heures et par dérogation dans les cas prévus dans vos Conditions générales ou votre Notice d'information

Dans la limite de 40 heures par an

Garde-malade suite à une hospitalisation de plus de 24 heures

Une fois par an dans la limite de 40 heures

Garde-enfants pendant une hospitalisation de plus de 24 heures

Une fois par an dans la limite de 40 heures

Garde-animaux pendant une hospitalisation de plus de 24 heures

Une fois par an dans la limite de 250 €

Soutien scolaire suite à une immobilisation au domicile ou une hospitalisation

12 semaines par an dans la limite de 15 heures par semaine



Ma Santé 100% Néo

avec **Module Confort**

Contacter l'agence AXA : 04 92 40 18 00 ou via le [site web](#).

[Simuler gratuitement un remboursement](#)

Règles générales applicables aux garanties

Les mots ou expressions soulignés sont définis dans le lexique de vos Conditions générales ou de votre Notice d'information.

Bien comprendre votre tableau de garanties

Nous prenons en charge uniquement les frais qui ont préalablement donné lieu à un remboursement par votre régime obligatoire d'assurance maladie français sauf lorsque cela est explicitement mentionné dans le tableau de garanties.

Vos garanties sont exprimées en pourcentage de la base de remboursement de la Sécurité sociale, en forfait en Euro ou en une combinaison des deux.

■ Les pourcentages intègrent les remboursements de votre régime obligatoire d'assurance maladie. Notre remboursement couvre la différence entre le taux remboursé par la Sécurité sociale et le taux affiché.

■ Les forfaits exprimés en Euro s'entendent par assuré. Lorsqu'ils sont définis par an, il s'agit de l'année d'assurance. Ils viennent en complément des remboursements de votre régime obligatoire d'assurance maladie français sauf indication spécifique. Ces forfaits ne sont pas reportables d'une année sur l'autre.

Les garanties "100% santé" et les garanties à tarifs limités ou libres ne se cumulent pas.

Les garanties du tableau sont explicitées dans vos Conditions générales ou votre Notice d'information.

Bon à savoir

- Le total des remboursements que vous percevez ne peut en aucun cas dépasser les frais réels engagés.
- La participation forfaitaire ainsi que les franchises sur les médicaments, sur les actes effectués par un auxiliaire médical et sur les transports ne sont pas prises en charge.
- Si vous ne respectez pas le parcours de soins, nous ne prenons pas en charge l'ensemble des pénalités appliquées par la Sécurité sociale (majoration du ticket modérateur, augmentation autorisée des tarifs conventionnels).

Des exclusions et des limitations de garanties générales sont indiquées dans vos Conditions générales ou votre Notice d'information. Pour les soins à l'étranger, se reporter à la rubrique « Soins à l'étranger » dans vos Conditions générales ou votre Notice d'information.

HOSPITALISATION

Honoraires

Honoraires des médecins

100%

Frais de séjour

Ticket modérateur sur le prix de journée ou sur les actes peu coûteux, participation forfaitaire pour les actes coûteux

- En établissement conventionné

Frais réels

- En établissement non conventionné

100%

Forfait journalier hospitalier

Forfait journalier hospitalier

Frais réels

Chambre particulière et lit pour accompagnant

Chambre particulière

Non pris en charge

Lit pour accompagnant

Non pris en charge

Confort à l'hôpital

Télévision, connexion internet, téléphone (dans la limite de 30 jours par année d'assurance en moyen séjour)

Non pris en charge

Hospitalisation à domicile (HAD)

Hospitalisation à domicile (HAD)

100%

SOINS COURANTS

Honoraires médicaux

Consultations, visites et actes (radio, petite chirurgie) de médecins généralistes ou spécialistes

100%

Analyses et examens de laboratoire

Examens médicaux (biologie, analyse médicale)

100%

Honoraires paramédicaux

Auxiliaires médicaux (par exemple : infirmier et infirmière, sage-femme, kinésithérapeute, orthophoniste, orthoptiste)

100%

Médicaments		
Tout médicament remboursé par la Sécurité sociale		100%
Médicament prescrit et non remboursé par la Sécurité sociale		30 €/an
Matériel médical		
Prothèses, pansements, petits matériels et autres produits définis sur la Liste des Produits et Prestations remboursables de la Sécurité sociale (hors lunettes et aides auditives pour lesquelles se référer à leurs lignes spécifiques).		100%
Médecine douce et prévention		
Médecine douce (ostéopathe, chiropracteur, acupuncteur, pédicure-podologue) et psychothérapeute non remboursés par la Sécurité sociale		25 €/séance
- Nombre de séances remboursées toutes spécialités confondues	1 ^{re} , 2 ^e année 3 ^e année et +	3 séances /an 6 séances /an
Forfait prévention		
- Sevrage tabagique : Tous les 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) même non remboursés par la Sécurité sociale		
- Vaccin antigrippe prescrit non remboursé par la Sécurité sociale		50 €/an
- Consultation diététicien non remboursée par la Sécurité sociale		
- Traitement DMLA par compléments en Oméga 3 prescrit par un médecin et non remboursé par la Sécurité sociale		
- Dépistage de l'ostéoporose prescrit par un médecin et non remboursé par la Sécurité sociale		
TRANSPORT SANITAIRE		
Transports prescrits pour l'hospitalisation ou la médecine de ville		100%
OPTIQUE		
La prise en charge des lunettes est limitée à une paire tous les 2 ans pour les personnes de 16 ans et plus et à une paire tous les ans pour les enfants de moins de 16 ans , sauf en cas d'évolution de la vue objectivée par une nouvelle prescription médicale ophtalmologique.		
Le montant remboursé pour un équipement (2 verres + une monture) est dans tous les cas limité aux plafonds définis par la réglementation des contrats responsables.		
Se reporter à vos Conditions générales ou à votre Notice d'information pour plus de précisions sur les conditions de renouvellement et sur la réglementation applicable.		
Equipements "100% santé"		
Lunettes "100% santé", verres et monture de classe A, telles que définies par la réglementation		Frais réels dans la limite des prix limites de vente définis par la réglementation
Lunettes à tarifs libres		
Verres et monture de classe B		
⁽¹⁾ Ce remboursement à hauteur de la base de remboursement de la Sécurité sociale est quasi-nul, cette base de remboursement étant de quelques centimes.		100% ⁽¹⁾ (Remboursement quasi-nul)
Lentilles		
Lentilles		100%
Chirurgie réfractive		
Opération de la myopie, de l'hypermétropie, de l'astigmatisme et de la presbytie par laser, non remboursée par la Sécurité sociale		Non pris en charge
DENTAIRE		
Soins		
Consultations et soins dentaires (hors inlays-onlays d'obturation), chirurgie et parodontologie		100%
Prothèses		
Prothèses à tarifs limités, prothèses à tarifs libres, inlays-onlays d'obturation		
Les prothèses à tarifs limités et les prothèses à tarifs libres sont définies par la réglementation.		
Les prothèses à tarifs limités incluent certaines couronnes céramo-métalliques sur deuxièmes prémolaires et molaires ; les prothèses à tarifs libres incluent certaines couronnes céramo-céramiques (se reporter à vos Conditions générales ou à votre Notice d'information pour trouver plus d'exemples et les références précises à la réglementation).		100%
Soins et prothèses "100% santé"		
Les soins et prothèses "100% santé" sont définis par la réglementation.		
Ces prothèses incluent certaines couronnes céramo-métalliques sur incisives, canines et premières prémolaires, certaines couronnes métalliques sur les autres dents (se reporter à vos Conditions générales ou à votre Notice d'information pour trouver plus d'exemples et les références précises à la réglementation).		Frais réels dans la limite des honoraires limites de facturation définis par la réglementation
Orthodontie		
Orthodontie		
Le traitement par semestre et les soins de contention 1 ^{re} année étant déjà pris en charge à 100% de la base de remboursement par la Sécurité sociale, notre remboursement de l'orthodontie dans cette formule est limité au ticket modérateur sur les autres actes d'orthodontie.		100%

AIDES AUDITIVES

La prise en charge des aides auditives est limitée à un équipement par oreille tous les 4 ans. Ce délai de renouvellement s'entend pour chaque oreille indépendamment.

Le remboursement d'une aide auditive ne peut pas excéder 1700 €. Conformément à la réglementation, ce plafond de 1700 € est calculé en y incluant le remboursement du régime obligatoire et le remboursement complémentaire éventuel des régimes locaux ou spéciaux (Alsace-Moselle, SNCF, etc.).

Equipements "100% santé"

Les aides auditives "100% santé" (classe I) sont définies par la réglementation (se reporter à vos Conditions générales ou à votre Notice d'information).

Frais réels dans la limite des prix limites de vente définis par la réglementation

Aides auditives à tarifs libres

Aides auditives à tarifs libres (classe II)

710 €/oreille

Accessoires

Accessoires, entretien et piles pour appareil auditif

125%

CURE THERMALE

Forfait de surveillance thermale ou pratiques médicales complémentaires par un médecin ayant adhéré à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (DPTAM)

220%

Forfait de surveillance thermale ou pratiques médicales complémentaires par un médecin n'ayant pas adhéré à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (DPTAM)

200%

Forfait thermal

200%

Frais d'hébergement et de transport, même si non remboursés par la Sécurité sociale, la cure étant remboursée par la Sécurité sociale

200 €/an

ASSISTANCE

La description ci-dessous est un résumé des garanties d'assistance. Se référer à vos Conditions générales ou votre Notice d'information pour avoir la description complète des garanties, des limitations et des conditions d'utilisation.

Aide-ménagère suite à une hospitalisation de plus de 24 heures et par dérogation dans les cas prévus dans vos Conditions générales ou votre Notice d'information

Dans la limite de 40 heures par an

Garde-malade suite à une hospitalisation de plus de 24 heures

Une fois par an dans la limite de 40 heures

Garde-enfants pendant une hospitalisation de plus de 24 heures

Une fois par an dans la limite de 40 heures

Garde-animaux pendant une hospitalisation de plus de 24 heures

Une fois par an dans la limite de 250 €

Soutien scolaire suite à une immobilisation au domicile ou une hospitalisation

12 semaines par an dans la limite de 15 heures par semaine

Document non contractuel

AXA France Vie - S.A. au capital de 487 725 073,50 € - RCS Nanterre 310 499 959- TVA intracommunautaire n° FR 62 310 499 959. AXA Assurances Vie Mutuelle - Société d'assurance mutuelle sur la vie et de capitalisation à cotisations fixes - Siren 353 457 245 - TVA intracommunautaire n° FR 48 353 457 245. AXA France IARD - S.A. au capital de 214 799 030 € - RCS Nanterre 722 057 460 - TVA intracommunautaire n° FR 14 722 057 460. AXA Assurances IARD Mutuelle - Société d'assurance mutuelle à cotisations fixes contre l'incendie, les accidents et risques divers - Siren 775 699 309 - TVA intracommunautaire n° FR 39 775 699 309. Sièges sociaux : 313, Terrasses de l'Arche 92727 Nanterre Cedex. Entreprises régies par le Code des assurances.

MA100RCON
3/3



Réf : 974801 09 2022 - 1



Ma Santé 400% Tradi

Contacter l'agence AXA : 04 92 40 18 00 ou via le [site web](#).

[Simuler gratuitement un remboursement](#)

Règles générales applicables aux garanties

Les mots ou expressions soulignés sont définis dans le lexique de vos Conditions générales ou de votre Notice d'information.

Bien comprendre votre tableau de garanties

Nous prenons en charge uniquement les frais qui ont préalablement donné lieu à un remboursement par votre régime obligatoire d'assurance maladie français sauf lorsque cela est explicitement mentionné dans le tableau de garanties.

Vos garanties sont exprimées en **pourcentage de la base de remboursement de la Sécurité sociale**, en forfait en Euro ou en une combinaison des deux.

- Les pourcentages intègrent les remboursements de votre régime obligatoire d'assurance maladie. Notre remboursement couvre la différence entre le taux remboursé par la Sécurité sociale et le taux affiché.
- Les forfaits exprimés en Euro s'entendent **par assuré**. Lorsqu'ils sont définis par an, il s'agit de l'année d'assurance. Ils viennent en complément des remboursements de votre régime obligatoire d'assurance maladie français sauf indication spécifique. Ces forfaits ne sont pas reportables d'une année sur l'autre.

Les garanties "100% santé" et les garanties à tarifs limités ou libres ne se cumulent pas.

Les garanties du tableau sont explicitées dans vos Conditions générales ou votre Notice d'information.

Bon à savoir

- Le total des remboursements que vous percevez ne peut en aucun cas dépasser les frais réels engagés.
- La participation forfaitaire ainsi que les franchises sur les médicaments, sur les actes effectués par un auxiliaire médical et sur les transports ne sont pas prises en charge.
- Si vous ne respectez pas le parcours de soins, nous ne prenons pas en charge l'ensemble des pénalités appliquées par la Sécurité sociale (majoration du ticket modérateur, augmentation autorisée des tarifs conventionnels).

Des exclusions et des limitations de garanties générales sont indiquées dans vos Conditions générales ou votre Notice d'information. Pour les soins à l'étranger, se reporter à la rubrique « Soins à l'étranger » dans vos Conditions générales ou votre Notice d'information.

HOSPITALISATION	
Honoraires	
Honoraires des médecins	400% ⁽¹⁾
Frais de séjour	
Ticket modérateur sur le prix de journée ou sur les actes peu coûteux, participation forfaitaire pour les actes coûteux	
- En établissement conventionné	Frais réels
- En établissement non conventionné	400% ⁽¹⁾
Forfait journalier hospitalier	
Forfait journalier hospitalier	Frais réels
Chambre particulière et lit pour accompagnant	
Chambre particulière non remboursée par la Sécurité sociale (dans la limite de 30 jours par année d'assurance en moyen séjour)	
- avec nuitée	100 € /jour
- sans nuitée (en ambulatoire)	50 € /jour
Lit pour accompagnant non remboursé par la Sécurité sociale	25 € /jour
Confort à l'hôpital	
Télévision, connexion internet, téléphone (dans la limite de 30 jours par année d'assurance en moyen séjour)	10 € /jour
Hospitalisation à domicile (HAD)	
Hospitalisation à domicile (HAD)	400% ⁽¹⁾

(1) 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 à la souscription du contrat et lors de l'ajout d'un bénéficiaire à l'exception des nouveau-nés.

SOINS COURANTS	
Honoraires médicaux	
Consultations, visites et actes (radio, petite chirurgie) de médecins généralistes et spécialistes	400%
Analyses et examens de laboratoire	
Examens médicaux (biologie, analyse médicale)	400%

Honoraires paramédicaux			
Auxiliaires médicaux (par exemple : infirmier et infirmière, sage-femme, kinésithérapeute, orthophoniste, orthoptiste)			400%
Médicaments			
Tout médicament remboursé par la Sécurité sociale			100%
Médicament prescrit et non remboursé par la Sécurité sociale			50 € /an
Matériel médical			
Prothèses, pansements, petits matériels et autres produits définis sur la Liste des Produits et Prestations remboursables de la Sécurité sociale (hors lunettes et aides auditives pour lesquelles se référer à leurs lignes spécifiques).			400%
Médecine douce et prévention			
Médecine douce (ostéopathe, chiropracteur, acupuncteur, pédicure-podologue) et psychothérapeute non remboursés par la Sécurité sociale			65 € /séance
- Nombre de séances remboursées toutes spécialités confondues			6 séances /an
Forfait prévention			
- Sevrage tabagique : Tous les 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) même non remboursés par la Sécurité sociale			
- Vaccin prescrit non remboursé par la Sécurité sociale			150 € /an
- Consultation diététicien non remboursée par la Sécurité sociale			
- Traitement DMLA par compléments en Oméga 3 prescrit par un médecin et non remboursé par la Sécurité sociale			
- Dépistage de l'ostéoporose prescrit par un médecin et non remboursé par la Sécurité sociale			
TRANSPORT SANITAIRE			
Transports prescrits pour l'hospitalisation ou la médecine de ville			400%
OPTIQUE			
La prise en charge des lunettes est limitée à une paire tous les 2 ans pour les personnes de 16 ans et plus et à une paire tous les ans pour les enfants de moins de 16 ans , sauf en cas d'évolution de la vue objectivée par une nouvelle prescription médicale ophtalmologique.			
Le montant remboursé pour un équipement (2 verres + une monture) est dans tous les cas limité aux plafonds définis par la réglementation des contrats responsables.			
Les forfaits en Euro sur les lunettes (verres ou montures) intègrent le remboursement de la Sécurité sociale et l'éventuel remboursement complémentaire des régimes locaux ou spéciaux (Alsace-Moselle, SNCF, etc.)			
Se reporter à vos Conditions générales ou à votre Notice d'information pour plus de précisions sur les conditions de renouvellement et sur la réglementation applicable.			
Equipements "100% santé"			
Lunettes "100% santé", verres et monture de classe A, telles que définies par la réglementation			Frais réels dans la limite des prix limites de vente définis par la réglementation
Lunettes à tarifs libres			
Verres de classe B			
La Grille optique D vous permet un remboursement sans reste à charge dans le réseau Itelis sur une sélection de verres et de traitements. Elle définit un forfait de remboursement par verre en fonction de leur correction en dehors du réseau Itelis. La Grille optique D est décrite en annexe de ce document.			Grille optique D
Monture de classe B			100 € pour la monture
Lentilles			
Les lentilles prescrites sont prises en charge même si non remboursées par la Sécurité sociale. Le ticket modérateur des lentilles remboursées par la Sécurité sociale est pris en charge même si le forfait annuel est épuisé.			350 € /an
Chirurgie réfractive			
Opération de la myopie, de l'hypermétropie, de l'astigmatisme et de la presbytie par laser, non remboursée par la Sécurité sociale	1 ^{re} , 2 ^e année		400 € /œil
	3 ^e année et +		600 € /œil
DENTAIRE			
Soins			
Consultations et soins dentaires (hors inlays-onlays d'obturation), chirurgie et parodontologie remboursée			200%
Prothèses			
Prothèses à tarifs limités, prothèses à tarifs libres, inlays-onlays d'obturation			
Les prothèses à tarifs limités et les prothèses à tarifs libres sont définies par la réglementation. Pour les prothèses à tarifs limités, notre garantie ne peut dépasser les honoraires limites de facturation réglementaires.			
Les prothèses à tarifs limités incluent certaines couronnes céramo-métalliques sur deuxièmes prémolaires et molaires ; les prothèses à tarifs libres incluent certaines couronnes céramo-céramiques (se reporter à vos Conditions générales ou à votre Notice d'information pour trouver plus d'exemples et les références précises à la réglementation).	1 ^{re} , 2 ^e année		100% + 560 € /an
	3 ^e année		100% + 760 € /an
Le forfait en Euro est utilisable pour les implants et la parodontologie non remboursés par la Sécurité sociale.		4 ^e année et +	100% + 900 € /an

Soins et prothèses "100% santé"

Les soins et prothèses "100% santé" sont définis par la réglementation.

Ces prothèses incluent certaines couronnes céramo-métalliques sur incisives, canines et premières prémolaires, certaines couronnes métalliques sur les autres dents (se reporter à vos Conditions générales ou à votre Notice d'information pour trouver plus d'exemples et les références précises à la réglementation).

Frais réels dans la limite des honoraires limites de facturation définis par la réglementation

Orthodontie

Orthodontie (versé par semestre)

Le forfait en Euro est utilisable pour l'orthodontie adulte même non remboursée par la Sécurité sociale.

1 ^{re} , 2 ^e année	300 €/sem. (soit 600 €/an)
3 ^e année	350 €/sem. (soit 700 €/an)
4 ^e année et +	400 €/sem. (soit 800 €/an)

AIDES AUDITIVES

La prise en charge des aides auditives est limitée à un équipement par oreille tous les 4 ans. Ce délai de renouvellement s'entend pour chaque oreille indépendamment.

Equipements "100% santé"

Les aides auditives "100% santé" (classe I) sont définies par la réglementation (se reporter à vos Conditions générales ou à votre Notice d'information).

Frais réels dans la limite des prix limites de vente définis par la réglementation

Aides auditives à tarifs libres

Aides auditives à tarifs libres (classe II)

1600 €/oreille

Accessoires

Accessoires, entretien et piles pour appareil auditif

200%

CURE THERMALE

Forfait de surveillance thermique ou pratiques médicales complémentaires par un médecin ayant adhéré à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (DPTAM)

220%

Forfait de surveillance thermique ou pratiques médicales complémentaires par un médecin n'ayant pas adhéré à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (DPTAM)

200%

Forfait thermal

400%

Frais d'hébergement et de transport, même si non remboursés par la Sécurité sociale, la cure étant remboursée par la Sécurité sociale

400 €/an

ASSISTANCE

La description ci-dessous est un résumé des garanties d'assistance. Se référer à vos Conditions générales ou votre Notice d'information pour avoir la description complète des garanties, des limitations et des conditions d'utilisation.

Aide-ménagère suite à une hospitalisation de plus de 24 heures et par dérogation dans les cas prévus dans vos Conditions générales ou votre Notice d'information

Dans la limite de 40 heures par an

Garde-malade suite à une hospitalisation de plus de 24 heures

Une fois par an dans la limite de 40 heures

Garde-enfants pendant une hospitalisation de plus de 24 heures

Une fois par an dans la limite de 40 heures

Garde-animaux pendant une hospitalisation de plus de 24 heures

Une fois par an dans la limite de 250 €

Soutien scolaire suite à une immobilisation au domicile ou une hospitalisation

12 semaines par an dans la limite de 15 heures par semaine

Garde personne dépendante

Une fois par an dans la limite de 20 heures et de 500 €