

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 <u>base de</u>**<u>remboursement</u> **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 <u>participation forfaitaire</u> ainsi que les <u>franchises</u> 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 | 1 ^{re} année | 220% ⁽¹⁾ |
| maîtrisée (DPTAM) | 2 ^e année et + | 400% ⁽¹⁾ |
| Honoraires des médecins (y compris chirurgiens) n'ayant pas adhéré à un dispositif de pratique tarifaire | 1 ^{re} année | 200% ⁽¹⁾ |
| maîtrisée (DPTAM) | 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, da entier est appliqué, ou en cas de reprise de contrat à la concurrence, dans ce cas le taux de votre ancien co appliqué sans pouvoir excéder les limites prévues au tableau ci-dessus. Cela s'applique à la souscription c de l'ajout d'un bénéficiaire à l'exception des nouveau-nés. | ontrat est | |
| Frais de séjour | · | |
| Ficket modérateur sur le prix de journée ou sur les actes peu coûteux, participation forfaitaire pour les act | es coüteux | |
| - 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'assur éjour) | ance en moyen | |
| - avec nuitée | | 90 € /jour |
| - sans nuitée (en ambulatoire) | | 45 € /jour |
| it pour accompagnant non remboursé par la Sécurité sociale | | 15 € /jour |
| Confort à l'hôpital | | |
| l'élévision, connexion internet, téléphone (dans la limite de 30 jours par année d'assurance en moyen séjo | our) | 10 € /jour |
| Hospitalisation à domicile (HAD) | | |
| Hospitalisation à domicile (HAD) | | 200% |

Document non contractuel MA200R

| lonoraires médicaux | | |
|---|--|-----------------------------|
| onsultations, visites et actes (radio, petite chirurgie) de médecins généralistes et spécialis e pratique tarifaire maîtrisée (DPTAM) | stes ayant adhéré à un dispositif | 220% |
| onsultations, visites et actes (radio, petite chirurgie) de médecins généralistes et spécialis spositif de pratique tarifaire maîtrisée (DPTAM) | stes n'ayant pas adhéré à un | 200% |
| nalyses et examens de laboratoire | | |
| amens médicaux (biologie, analyse médicale) | | 200% |
| lonoraires paramédicaux | | |
| uxiliaires médicaux (par exemple : infirmier et infirmière, sage-femme, kinésithérapeute, o | orthophoniste, orthoptiste) | 200% |
| Nédicaments | | |
| out médicament remboursé par la Sécurité sociale | | 100% |
| lédicament 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 de la Sécurité sociale (hors lunettes et aides auditives pour lesquelles se référer à leurs ligna | | 200% |
| Médecine douce et prévention | | |
| Médecine douce (ostéopathe, chiropracteur, acupuncteur, pédicure-podologue) et psychot a Sécurité sociale | thérapeute non remboursés par | 50 € /séance |
| - Nombre de séances remboursées toutes spécialités confondues | 1 ^{re} , 2 ^e année | 3 séances /an |
| - Nombre de Seances remboursees toutes specialités comondues | 3 ^e année et + | 6 séances /an |
| orfait prévention - Sevrage tabagique : Tous les médicaments et produits à base de nicotine prescrits par uservage tabagique (avec Autorisation de Mise sur le Marché ou norme Afnor) même non ren - 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 rembou Dépistage de l'ostéoporose prescrit par un médecin et non remboursé par la Sécurité so | mboursés par la Sécurité sociale ursé par la Sécurité sociale | 110 €/an |
| FRANSPORT SANITAIRE | | |
| ransports prescrits pour l'hospitalisation ou la médecine de ville | | 200% |
| OPTIQUE | | |
| a prise en charge des lunettes est limitée à une paire tous les 2 ans pour les personnes noins de 16 ans, sauf en cas d'évolution de la vue objectivée par une nouvelle prescription e montant remboursé pour un équipement (2 verres + une monture) est dans tous les cas l | n médicale ophtalmologique. limité aux plafonds définis par la réglen | nentation des contrats |
| es forfaits en Euro sur les lunettes (verres ou montures) intègrent le remboursement de la | | |
| esponsables. .es forfaits en Euro sur les lunettes (verres ou montures) intègrent le remboursement de la égimes locaux ou spéciaux (Alsace-Moselle, SNCF, etc.) se reporter à vos Conditions générales ou à votre Notice d'information pour plus de précisi applicable. | | nt et sur la réglementation |

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

Lunettes "100% santé", verres et monture de classe A, telles que définies par la réglementation 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 Grille optique C 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. Monture de classe B 100 € pour la monture Les lentilles prescrites sont prises en charge même si non remboursées par la Sécurité sociale. Le ticket modérateur des 300 € /an lentilles remboursées par la Sécurité sociale est pris en charge même si le forfait annuel est épuisé. Chirurgie réfractive Opération de la myopie, de l'hypermétropie, de l'astigmatisme et de la presbytie par laser, non remboursée par la Sécurité 390 € /œil

sociale

Document non contractuel

| Soins | | |
|--|---|---|
| | | |
| Consultations et soins dentaires (hors inlays-onlays d'obturation), chirurgie et parodontologie rembours | ée | 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 orémolaires et molaires ; les prothèses à tarifs libres incluent certaines couronnes céramo-céramiques (s eporter à vos Conditions générales ou à votre Notice d'information pour trouver plus d'exemples et les éférences précises à la réglementation). | 3 ^e année e | 100% + 500 € /an |
| e 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 prém couronnes métalliques sur les autres dents (se reporter à vos Conditions générales ou à votre Notice d'int trouver plus d'exemples et les références précises à la réglementation). | | Frais réels dans la limite des honoraires limites de facturatio définis par la réglementation |
| Orthodontie | | |
| | 1 ^{re} , 2 ^e année | 270 € /sem. (soit 540 € /an) |
| Orthodontie (versé par semestre) .e 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 ndépendamment. ∟e 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 |
| La prise en charge des aides auditives est limitée à un équipement par oreille tous les 4 ans. Ce délai ndépendamment. Le remboursement d'une aide auditive ne peut pas excéder 1 700 €. Conformément à la réglementation, remboursement du régime obligatoire et le remboursement complémentaire éventuel des régimes locau | ce plafond de 1 700 | € est calculé en y incluant le |
| La prise en charge des aides auditives est limitée à un équipement par oreille tous les 4 ans. Ce délain népendamment. Le remboursement d'une aide auditive ne peut pas excéder 1 700 €. Conformément à la réglementation, remboursement du régime obligatoire et le remboursement complémentaire éventuel des régimes locaue equipements "100% santé" Les aides auditives "100% santé" (classe I) sont définies par la réglementation (se reporter à vos Condition votre Notice d'information). | ce plafond de 1 700 x ou spéciaux (Alsa | € est calculé en y incluant le |
| La prise en charge des aides auditives est limitée à un équipement par oreille tous les 4 ans. Ce délain dépendamment. Le remboursement d'une aide auditive ne peut pas excéder 1 700 €. Conformément à la réglementation, emboursement du régime obligatoire et le remboursement complémentaire éventuel des régimes locautequipements "100% santé" Les aides auditives "100% santé" (classe I) sont définies par la réglementation (se reporter à vos Condition votre Notice d'information). Aides auditives à tarifs libres | ce plafond de 1 700 x ou spéciaux (Alsa | € est calculé en y incluant le ce-Moselle, SNCF, etc.), . Frais réels dans la limite des pri limites de vente définis par la réglementation |
| La prise en charge des aides auditives est limitée à un équipement par oreille tous les 4 ans. Ce délain népendamment. Le remboursement d'une aide auditive ne peut pas excéder 1 700 €. Conformément à la réglementation, remboursement du régime obligatoire et le remboursement complémentaire éventuel des régimes locau Equipements "100% santé" Les aides auditives "100% santé" (classe I) sont définies par la réglementation (se reporter à vos Conditio votre Notice d'information). Aides auditives à tarifs libres Aides auditives à tarifs libres (classe II) | ce plafond de 1 700 x ou spéciaux (Alsa | € est calculé en y incluant le ce-Moselle, SNCF, etc.), . Frais réels dans la limite des pri limites de vente définis par la |
| La prise en charge des aides auditives est limitée à un équipement par oreille tous les 4 ans. Ce délain dépendamment. Le remboursement d'une aide auditive ne peut pas excéder 1 700 €. Conformément à la réglementation, emboursement du régime obligatoire et le remboursement complémentaire éventuel des régimes locautequipements "100% santé" Les aides auditives "100% santé" (classe I) sont définies par la réglementation (se reporter à vos Condition rotre Notice d'information). Aides auditives à tarifs libres Aides auditives à tarifs libres (classe II) | ce plafond de 1 700 x ou spéciaux (Alsa | € est calculé en y incluant le ce-Moselle, SNCF, etc.), . Frais réels dans la limite des pr limites de vente définis par la réglementation |
| La prise en charge des aides auditives est limitée à un équipement par oreille tous les 4 ans. Ce délain dépendamment. Le remboursement d'une aide auditive ne peut pas excéder 1 700 €. Conformément à la réglementation, remboursement du régime obligatoire et le remboursement complémentaire éventuel des régimes locautequipements "100% santé" Les aides auditives "100% santé" (classe I) sont définies par la réglementation (se reporter à vos Condition rotre Notice d'information). Aides auditives à tarifs libres Aides auditives à tarifs libres (classe II) Accessoires Accessoires, entretien et piles pour appareil auditif | ce plafond de 1 700 x ou spéciaux (Alsa | € est calculé en y incluant le ce-Moselle, SNCF, etc.), . Frais réels dans la limite des pri limites de vente définis par la réglementation 860 € /oreille |
| La prise en charge des aides auditives est limitée à un équipement par oreille tous les 4 ans. Ce délain népendamment. Le remboursement d'une aide auditive ne peut pas excéder 1 700 €. Conformément à la réglementation, remboursement du régime obligatoire et le remboursement complémentaire éventuel des régimes locau Equipements "100% santé" Les aides auditives "100% santé" (classe I) sont définies par la réglementation (se reporter à vos Condition votre Notice d'information). Aides auditives à tarifs libres Aides auditives à tarifs libres (classe II) Accessoires Accessoires, entretien et piles pour appareil auditif CURE THERMALE Forfait de surveillance thermale ou pratiques médicales complémentaires par un médecin ayant adhéré de la complémentaire | ce plafond de 1 700 x ou spéciaux (Alsa ns générales ou à | € est calculé en y incluant le ce-Moselle, SNCF, etc.), . Frais réels dans la limite des pri limites de vente définis par la réglementation 860 € /oreille |
| La prise en charge des aides auditives est limitée à un équipement par oreille tous les 4 ans. Ce délain népendamment. Le remboursement d'une aide auditive ne peut pas excéder 1 700 €. Conformément à la réglementation, remboursement du régime obligatoire et le remboursement complémentaire éventuel des régimes locautequipements "100% santé" Les aides auditives "100% santé" (classe I) sont définies par la réglementation (se reporter à vos Condition votre Notice d'information). Aides auditives à tarifs libres Aides auditives à tarifs libres (classe II) Accessoires Accessoires, entretien et piles pour appareil auditif CURE THERMALE Forfait de surveillance thermale ou pratiques médicales complémentaires par un médecin ayant adhéré doratique tarifaire maîtrisée (DPTAM) Forfait de surveillance thermale ou pratiques médicales complémentaires par un médecin n'ayant pas accessoires de surveillance thermale ou pratiques médicales complémentaires par un médecin n'ayant pas accessoires de surveillance thermale ou pratiques médicales complémentaires par un médecin n'ayant pas accessoires de surveillance thermale ou pratiques médicales complémentaires par un médecin n'ayant pas accessoires de surveillance thermale ou pratiques médicales complémentaires par un médecin n'ayant pas accessoires de surveillance thermale ou pratiques médicales complémentaires par un médecin n'ayant pas accessoires de surveillance thermale ou pratiques médicales complémentaires par un médecin n'ayant pas accessoires de surveillance thermale ou pratiques médicales complémentaires par un médecin n'ayant pas accessores de la complémentaires par un médecin n'ayant pas accessores de la complémentaires par un médecin n'ayant pas accessores de la complémentaires par un médecin n'ayant pas accessores de la complémentaires par un médecin n'ayant pas accessores de la complémentaires par un médecin n'ayant pas accessores de la complémentaires par un médecin n'ayant pas accessores de la complémentaires par un médecin n'ayant pas accessores de la complé | ce plafond de 1 700 x ou spéciaux (Alsa ns générales ou à a un dispositif de | € est calculé en y incluant le ce-Moselle, SNCF, etc.), . Frais réels dans la limite des pri limites de vente définis par la réglementation 860 € /oreille |
| La prise en charge des aides auditives est limitée à un équipement par oreille tous les 4 ans. Ce délaindépendamment. Le remboursement d'une aide auditive ne peut pas excéder 1 700 €. Conformément à la réglementation, remboursement du régime obligatoire et le remboursement complémentaire éventuel des régimes locautequipements "100% santé" Les aides auditives "100% santé" (classe I) sont définies par la réglementation (se reporter à vos Condition votre Notice d'information). Aides auditives à tarifs libres Aides auditives à tarifs libres (classe II) Accessoires Accessoires, entretien et piles pour appareil auditif CURE THERMALE Forfait de surveillance thermale ou pratiques médicales complémentaires par un médecin ayant adhéré apratique tarifaire maîtrisée (DPTAM) Forfait de surveillance thermale ou pratiques médicales complémentaires par un médecin n'ayant pas ac dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (DPTAM) Forfait thermal | ce plafond de 1 700 x ou spéciaux (Alsa ns générales ou à a un dispositif de | € est calculé en y incluant le ce-Moselle, SNCF, etc.), . Frais réels dans la limite des pri limites de vente définis par la réglementation 860 € /oreille 200% |

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 | 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 € |

Dans la limite de



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 <u>base de</u>**<u>remboursement</u> **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 <u>participation forfaitaire</u> ainsi que les <u>franchises</u> 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 | 1 ^{re} année | 220% ⁽¹⁾ |
| maîtrisée (DPTAM) | 2 ^e année et + | 400% ⁽¹⁾ |
| Honoraires des médecins (y compris chirurgiens) n'ayant pas adhéré à un dispositif de pratique tarifaire | 1 ^{re} année | 200% ⁽¹⁾ |
| maîtrisée (DPTAM) | 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, da entier est appliqué, ou en cas de reprise de contrat à la concurrence, dans ce cas le taux de votre ancien co appliqué sans pouvoir excéder les limites prévues au tableau ci-dessus. Cela s'applique à la souscription c de l'ajout d'un bénéficiaire à l'exception des nouveau-nés. Frais de séjour | ontrat est | |
| ricket modérateur sur le prix de journée ou sur les actes peu coûteux, participation forfaitaire pour les act | tes 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'assur séjour) | ance en moyen | |
| - avec nuitée | | 90 € /jour |
| - sans nuitée (en ambulatoire) | | 45 € /jour |
| it 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 séjo | our) | 10 € /jour |
| Hospitalisation à domicile (HAD) | | |
| Hospitalisation à domicile (HAD) | | 200% |

Document non contractuel MA200ROD

| SOINS COURANTS | | |
|---|---|---|
| onoraires médicaux | | |
| onsultations, visites et actes (radio, petite chirurgie) de médecins généralistes et spécialistes ayant adl e pratique tarifaire maîtrisée (DPTAM) | néré à un dispositif | 220% |
| onsultations, visites et actes (radio, petite chirurgie) de médecins généralistes et spécialistes n'ayant p spositif de pratique tarifaire maîtrisée (DPTAM) | as adhéré à un | 200% |
| nalyses et examens de laboratoire | | |
| amens médicaux (biologie, analyse médicale) | | 200% |
| onoraires paramédicaux | | |
| xiliaires médicaux (par exemple : infirmier et infirmière, sage-femme, kinésithérapeute, orthophonist | e, orthoptiste) | 200% |
| édicaments | | |
| ut médicament remboursé par la Sécurité sociale | | 100% |
| édicament prescrit et non remboursé par la Sécurité sociale | | 30 € /an |
| atériel médical | | |
| othèses, pansements, petits matériels et autres produits définis sur la Liste des Produits et Prestation · la Sécurité sociale (hors lunettes et aides auditives pour lesquelles se référer à leurs lignes spécifique | | 200% |
| édecine douce et prévention | | |
| édecine douce (ostéopathe, chiropracteur, acupuncteur, pédicure-podologue) et psychothérapeute n Sécurité sociale | on remboursés par | 50 € /séance |
| | 1 ^{re} , 2 ^e année | 3 séances /an |
| - Nombre de séances remboursées toutes spécialités confondues | 3 ^e année et + | 6 séances /an |
| rfait prévention - Sevrage tabagique : Tous les médicaments et produits à base de nicotine prescrits par un médecin, o vrage tabagique (avec Autorisation de Mise sur le Marché ou norme Afnor) même non remboursés par - 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 Sé - Dépistage de l'ostéoporose prescrit par un médecin et non remboursé par la Sécurité sociale | la Sécurité sociale | 110 € /an |
| | | |
| RANSPORT SANITAIRE | | |
| | | 200% |
| RANSPORT SANITAIRE ansports prescrits pour l'hospitalisation ou la médecine de ville PTIQUE | | 200% |
| PTIQUE prise en charge des lunettes est limitée à une paire tous les 2 ans pour les personnes de 16 ans e oins de 16 ans, sauf en cas d'évolution de la vue objectivée par une nouvelle prescription médicale or montant remboursé pour un équipement (2 verres + une monture) est dans tous les cas limité aux pla sponsables. s forfaits en Euro sur les lunettes (verres ou montures) intègrent le remboursement de la Sécurité socigimes locaux ou spéciaux (Alsace-Moselle, SNCF, etc.) reporter à vos Conditions générales ou à votre Notice d'information pour plus de précisions sur les coplicable. | ohtalmologique. ofonds définis par la régle iale et l'éventuel rembou | s les ans pour les enfants de ementation des contrats rsement complémentaire des |
| PTIQUE prise en charge des lunettes est limitée à une paire tous les 2 ans pour les personnes de 16 ans e pins de 16 ans, sauf en cas d'évolution de la vue objectivée par une nouvelle prescription médicale opmontant remboursé pour un équipement (2 verres + une monture) est dans tous les cas limité aux pla sponsables. Is forfaits en Euro sur les lunettes (verres ou montures) intègrent le remboursement de la Sécurité socigimes locaux ou spéciaux (Alsace-Moselle, SNCF, etc.) reporter à vos Conditions générales ou à votre Notice d'information pour plus de précisions sur les coplicable. | ohtalmologique. afonds définis par la régle iale et l'éventuel rembou onditions de renouvellem | s les ans pour les enfants de ementation des contrats rsement complémentaire des eent et sur la réglementation |
| PTIQUE prise en charge des lunettes est limitée à une paire tous les 2 ans pour les personnes de 16 ans e oins de 16 ans, sauf en cas d'évolution de la vue objectivée par une nouvelle prescription médicale opmontant remboursé pour un équipement (2 verres + une monture) est dans tous les cas limité aux plasponsables. s forfaits en Euro sur les lunettes (verres ou montures) intègrent le remboursement de la Sécurité soc gimes locaux ou spéciaux (Alsace-Moselle, SNCF, etc.) reporter à vos Conditions générales ou à votre Notice d'information pour plus de précisions sur les contracted de la Sécurité soc gimes locaux de précisions sur les contracted de la Sécurité soc gimes locaux ou spéciaux (Alsace-Moselle, SNCF, etc.) | ohtalmologique. afonds définis par la régle iale et l'éventuel rembou onditions de renouvellem | s les ans pour les enfants de ementation des contrats rsement complémentaire des ent et sur la réglementation Frais réels dans la limite des pri limites de vente définis par la |
| PTIQUE prise en charge des lunettes est limitée à une paire tous les 2 ans pour les personnes de 16 ans e poins de 16 ans, sauf en cas d'évolution de la vue objectivée par une nouvelle prescription médicale opmontant remboursé pour un équipement (2 verres + une monture) est dans tous les cas limité aux pla sponsables. Is forfaits en Euro sur les lunettes (verres ou montures) intègrent le remboursement de la Sécurité soc gimes locaux ou spéciaux (Alsace-Moselle, SNCF, etc.) reporter à vos Conditions générales ou à votre Notice d'information pour plus de précisions sur les coplicable. [uipements "100% santé"] | ohtalmologique. afonds définis par la régle iale et l'éventuel rembou onditions de renouvellem | s les ans pour les enfants de ementation des contrats rsement complémentaire des ent et sur la réglementation Frais réels dans la limite des pri |

| 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 s de traitements. Elle définit un forfait de remboursement par verre en fonction de leur correction en d 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 tick lentilles remboursées par la Sécurité sociale est pris en charge même si le forfait annuel est épuisé. | et modérateur des | 350 € /an |
| Chirurgie réfractive | | |
| Opération de la myopie, de l'hypermétropie, de l'astigmatisme et de la presbytie par laser, non | 1 ^{re} , 2 ^e année | 400 € /œil |
| remboursée par la Sécurité sociale | 3 ^e année et + | 600 € /œil |

Document non contractuel MA200ROD

| Soins Comment of the | | |
|--|--|---|
| Consultations et soins dentaires (hors inlays-onlays d'obturation), chirurgie et parodontologie rembours | ée | 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 églementaires. | 1 ^{re} , 2 ^e année | 100% + 560 € /an |
| es prothèses à tarifs limités incluent certaines couronnes céramo-métalliques sur deuxièmes orémolaires et molaires ; les prothèses à tarifs libres incluent certaines couronnes céramo-céramiques (so eporter à vos Conditions générales ou à votre Notice d'information pour trouver plus d'exemples et les éférences précises à la réglementation). | 3 ^e année | 100% + 760 € /an |
| e forfait en Euro est utilisable pour les implants et la parodontologie non remboursés par la Sécurité ociale. | 4 ^e année et + | 100% + 900 € /an |
| Soins et prothèses "100% santé" | | |
| es soins et prothèses "100% santé" sont définis par la réglementation. Ces prothèses incluent certaines couronnes céramo-métalliques sur incisives, canines et premières prém ouronnes métalliques sur les autres dents (se reporter à vos Conditions générales ou à votre Notice d'infrouver plus d'exemples et les références précises à la réglementation). | | Frais réels dans la limite des honoraires limites de facturatio définis par la réglementation |
| Orthodontie Orthod | | |
| Nythadantia (varaé nav camastra) | 1 ^{re} , 2 ^e année | 300 € /sem. (soit 600 € /an) |
| Orthodontie (versé par semestre) e forfait en Euro est utilisable pour l'orthodontie adulte même non remboursée par la Sécurité sociale. | 3 ^e année | 350 € /sem. (soit 700 € /an) |
| e torrare en Euro est adisouble pour i ortifodornie dudite meme non remboursee par la securite sociale. | 4 ^e année et + | 400 € /sem. (soit 800 € /an) |

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.), .

| Tempodisement du regime obligatorie ette rempodisement complementarie eventuel des regimes locadas ou specialas (risace | e moseite, siver, 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 | 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 € |



Dans la limite de



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 <u>base de</u>**<u>remboursement</u> **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 <u>participation forfaitaire</u> ainsi que les <u>franchises</u> 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 Company of the Company of | |
| 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⁾ |
| 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 | |
| icket 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 éjour) | |
| - avec nuitée | 70 € /jour |
| - sans nuitée (en ambulatoire) | 35 € /jour |
| it pour accompagnant non remboursé par la Sécurité sociale | 15 € /jour |
| Confort à l'hôpital | |
| élévision, 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% |

Document non contractuel MA150R

| Consultations, visites et actes (radio, petite chirurgie) de médecins généralistes et spécialistes ayant adhéré à ur de pratique tarifaire maîtrisée (DPTAM) | n dispositif 170% | |
|---|--|-------------------------------|
| Consultations, visites et actes (radio, petite chirurgie) de médecins généralistes et spécialistes n'ayant pas adhér dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (DPTAM) | é à un 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, ortho | ptiste) 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 rembo de la Sécurité sociale (hors lunettes et aides auditives pour lesquelles se référer à leurs lignes spécifiques). | ursables 150% | |
| Médecine douce et prévention | | |
| Médecine douce (ostéopathe, chiropracteur, acupuncteur, pédicure-podologue) et psychothérapeute non remb la Sécurité sociale | oursés par 25 € /séance | |
| 1 ^{re} , 2 | ^e année 3 séances /an | |
| - Nombre de Seances rempoursées toutes spécialités confondues | née et + 6 séances /an | |
| sevrage tabagique (avec Autorisation de Mise sur le Marché ou norme Afnor) même non remboursés par la Sécurité - Vaccin antigrippe prescrit non remboursé par la Sécurité sociale - Consultation diététicien non remboursée par la Sécurité sociale | rité sociale 90 € /an | |
| TRANSPORT SANITAIRE | | |
| TRANSPORT SANITAIRE Transports procedite pour l'hospitalication ou la médocine de ville | 1500% | |
| Transports prescrits pour l'hospitalisation ou la médecine de ville OPTIQUE | 150% | |
| Transports prescrits pour l'hospitalisation ou la médecine de ville | t à une paire tous les ans pour les enfants logique. éfinis par la réglementation des contrats éventuel remboursement complémentaire de s de renouvellement et sur la réglementation Frais réels dans la limite de limites de vente définis p | des on es prix |
| Transports prescrits pour l'hospitalisation ou la médecine de ville 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 moins de 16 ans, sauf en cas d'évolution de la vue objectivée par une nouvelle prescription médicale ophtalmol Le montant remboursé pour un équipement (2 verres + une monture) est dans tous les cas limité aux plafonds d'responsables. Les forfaits en Euro sur les lunettes (verres ou montures) intègrent le remboursement de la Sécurité sociale et l'érégimes 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 condition applicable. Equipements "100% santé" Lunettes "100% santé", verres et monture de classe A, telles que définies par la réglementation | t à une paire tous les ans pour les enfants logique. éfinis par la réglementation des contrats éventuel remboursement complémentaire de s de renouvellement et sur la réglementation Frais réels dans la limite de | des on es prix |
| 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 moins de 16 ans, sauf en cas d'évolution de la vue objectivée par une nouvelle prescription médicale ophtalmol Le montant remboursé pour un équipement (2 verres + une monture) est dans tous les cas limité aux plafonds d responsables. Les forfaits en Euro sur les lunettes (verres ou montures) intègrent le remboursement de la Sécurité sociale et l'érégimes 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 condition applicable. Equipements "100% santé" | t à une paire tous les ans pour les enfants logique. éfinis par la réglementation des contrats éventuel remboursement complémentaire et s de renouvellement et sur la réglementation Frais réels dans la limite de limites de vente définis p réglementation | des on es prix |
| 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 moins de 16 ans, sauf en cas d'évolution de la vue objectivée par une nouvelle prescription médicale ophtalmol Le montant remboursé pour un équipement (2 verres + une monture) est dans tous les cas limité aux plafonds d'responsables. Les forfaits en Euro sur les lunettes (verres ou montures) intègrent le remboursement de la Sécurité sociale et l'érégimes 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 condition applicable. Equipements "100% santé" Lunettes "100% santé", verres et monture de classe A, telles que définies 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 de traitements. Elle définit un forfait de remboursement par verre en fonction de leur correction en dehors du ré La Grille optique B est décrite en annexe de ce document. | t à une paire tous les ans pour les enfants logique. éfinis par la réglementation des contrats éventuel remboursement complémentaire et s de renouvellement et sur la réglementation Frais réels dans la limite de limites de vente définis p réglementation | des on es prix ar la |
| 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 moins de 16 ans, sauf en cas d'évolution de la vue objectivée par une nouvelle prescription médicale ophtalmol Le montant remboursé pour un équipement (2 verres + une monture) est dans tous les cas limité aux plafonds d'responsables. Les forfaits en Euro sur les lunettes (verres ou montures) intègrent le remboursement de la Sécurité sociale et l'érégimes 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 condition applicable. Equipements "100% santé" Lunettes "100% santé", verres et monture de classe A, telles que définies 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 de traitements. Elle définit un forfait de remboursement par verre en fonction de leur correction en dehors du ré La Grille optique B est décrite en annexe de ce document. | t à une paire tous les ans pour les enfants logique. éfinis par la réglementation des contrats éventuel remboursement complémentaire es de renouvellement et sur la réglementation Frais réels dans la limite de limites de vente définis préglementation verres et éseau Itelis. Grille optique B | des on es prix ar la |
| 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 moins de 16 ans, sauf en cas d'évolution de la vue objectivée par une nouvelle prescription médicale ophtalmol Le montant remboursé pour un équipement (2 verres + une monture) est dans tous les cas limité aux plafonds d'responsables. Les forfaits en Euro sur les lunettes (verres ou montures) intègrent le remboursement de la Sécurité sociale et l'évrégimes 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 condition applicable. Equipements "100% santé" Lunettes "100% santé", verres et monture de classe A, telles que définies 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 de traitements. Elle définit un forfait de remboursement par verre en fonction de leur correction en dehors du ré La Grille optique B est décrite en annexe de ce document. | t à une paire tous les ans pour les enfants logique. éfinis par la réglementation des contrats éventuel remboursement complémentaire es de renouvellement et sur la réglementation Frais réels dans la limite de limites de vente définis p réglementation verres et éseau Itelis. Grille optique B | des on es prix ar la |
| Transports prescrits pour l'hospitalisation ou la médecine de ville 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 moins de 16 ans, sauf en cas d'évolution de la vue objectivée par une nouvelle prescription médicale ophtalmol Le montant remboursé pour un équipement (2 verres + une monture) est dans tous les cas limité aux plafonds d'responsables. Les forfaits en Euro sur les lunettes (verres ou montures) intègrent le remboursement de la Sécurité sociale et l'évrégimes 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 condition applicable. Equipements "100% santé" Lunettes "100% santé", verres et monture de classe A, telles que définies 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 de traitements. Elle définit un forfait de remboursement par verre en fonction de leur correction en dehors du re La Grille optique B est décrite en annexe de ce document. Monture de classe B Lentilles Les lentilles prescrites sont prises en charge même si non remboursées par la Sécurité sociale. Le ticket modérat lentilles remboursées par la Sécurité sociale est pris en charge même si le forfait annuel est épuisé. | t à une paire tous les ans pour les enfants logique. éfinis par la réglementation des contrats éventuel remboursement complémentaire et s de renouvellement et sur la réglementation Frais réels dans la limite de limites de vente définis p réglementation verres et éseau Itelis. Grille optique B * année 75 € pour la monture née et + 100 € pour la monture | des on es prix ar la |
| Transports prescrits pour l'hospitalisation ou la médecine de ville 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 moins de 16 ans, sauf en cas d'évolution de la vue objectivée par une nouvelle prescription médicale ophtalmol Le montant remboursé pour un équipement (2 verres + une monture) est dans tous les cas limité aux plafonds d'responsables. Les forfaits en Euro sur les lunettes (verres ou montures) intègrent le remboursement de la Sécurité sociale et l'évégimes 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 condition applicable. Equipements "100% santé" Lunettes "100% santé", verres et monture de classe A, telles que définies 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 de traitements. Elle définit un forfait de remboursement par verre en fonction de leur correction en dehors du ré La Grille optique B est décrite en annexe de ce document. Monture de classe B Lentilles Les lentilles prescrites sont prises en charge même si non remboursées par la Sécurité sociale. Le ticket modérai | tà une paire tous les ans pour les enfants logique. éfinis par la réglementation des contrats éventuel remboursement complémentaire et si de renouvellement et sur la réglementation Frais réels dans la limite de limites de vente définis préglementation verres et éseau Itelis. Grille optique B ** T5 € pour la monture née et + 100 € pour la monture teur des 200 € /an | des on es prix ar la |

SOINS COURANTS Honoraires médicaux

Document non contractuel MA150R 2/3

| Table 1 | | |
|---|--|--|
| Soins Consultations et soins dentaires (hors inlays-onlays d'obturation), chirurgie et parodontologie remboursé | e | 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 églementaires. | 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 eporter à vos Conditions générales ou à votre Notice d'information pour trouver plus d'exemples et les éférences précises à la réglementation). | 3 ^e année | 100% + 400 € /an |
| e forfait en Euro est utilisable pour les implants et la parodontologie non remboursés par la Sécurité ociale. | 4 ^e année et + | 100% + 450 € /an |
| Soins et prothèses "100% santé" | | |
| es soins et prothèses "100% santé" sont définis par la réglementation. Ces prothèses incluent certaines couronnes céramo-métalliques sur incisives, canines et premières prémc couronnes métalliques sur les autres dents (se reporter à vos Conditions générales ou à votre Notice d'info rouver 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 Orthodon (1997) | | |
| | 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 | | |

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 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 |



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 <u>base de</u> 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 <u>participation forfaitaire</u> ainsi que les <u>franchises</u> 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 | 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 | 70 € /jour |
| - sans nuitée (en ambulatoire) | 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% |

Document non contractuel MA150ROD

| onoraires médicaux | | |
|---|---|---|
| onsultations, visites et actes (radio, petite chirurgie) de médecins généralistes et spécialistes e pratique tarifaire maîtrisée (DPTAM) | ayant adhéré à un dispositif | 170% |
| onsultations, visites et actes (radio, petite chirurgie) de médecins généralistes et spécialistes spositif de pratique tarifaire maîtrisée (DPTAM) | n'ayant pas adhéré à un | 150% |
| nalyses et examens de laboratoire | | |
| ramens médicaux (biologie, analyse médicale) | | 150% |
| onoraires paramédicaux | | |
| ıxiliaires médicaux (par exemple : infirmier et infirmière, sage-femme, kinésithérapeute, ortl | hophoniste, orthoptiste) | 150% |
| édicaments | | |
| édicaments à service médical rendu majeur ou important (ex-vignette blanche) | | 100% |
| édicaments à service médical rendu modéré (ex-vignette bleue) | | 100% |
| édicaments à service médical rendu faible (ex-vignette orange) | | Non pris en charge |
| atériel médical | | |
| rothèses, pansements, petits matériels et autres produits définis sur la Liste des Produits et F e la Sécurité sociale (hors lunettes et aides auditives pour lesquelles se référer à leurs lignes s | | 150% |
| lédecine douce et prévention | | |
| édecine douce (ostéopathe, chiropracteur, acupuncteur, pédicure-podologue) et psychothé Sécurité sociale | rapeute non remboursés par | 25 € /séance |
| | 1 ^{re} , 2 ^e année | 3 séances /an |
| - Nombre de séances remboursées toutes spécialités confondues | 3 ^e année et + | 6 séances /an |
| orfait prévention | | · |
| - Sevrage tabagique : Tous les médicaments et produits à base de nicotine prescrits par un r | nédecin, dans un but de | 90 €/an |
| - Sevrage tabagique : Tous les médicaments et produits à base de nicotine prescrits par un r vrage tabagique (avec Autorisation de Mise sur le Marché ou norme Afnor) même non rembo - Vaccin antigrippe prescrit non remboursé par la Sécurité sociale - Consultation diététicien non remboursée par la Sécurité sociale | nédecin, dans un but de | 90 € /an |
| - Sevrage tabagique : Tous les médicaments et produits à base de nicotine prescrits par un r vrage tabagique (avec Autorisation de Mise sur le Marché ou norme Afnor) même non rembo - Vaccin antigrippe prescrit non remboursé par la Sécurité sociale - Consultation diététicien non remboursée par la Sécurité sociale RANSPORT SANITAIRE | nédecin, dans un but de | 90 € /an 150% |
| Sevrage tabagique: Tous les médicaments et produits à base de nicotine prescrits par un revrage tabagique (avec Autorisation de Mise sur le Marché ou norme Afnor) même non rembo Vaccin antigrippe prescrit non remboursé par la Sécurité sociale | nédecin, dans un but de | |
| - Sevrage tabagique : Tous les médicaments et produits à base de nicotine prescrits par un revrage tabagique (avec Autorisation de Mise sur le Marché ou norme Afnor) même non rember - Vaccin antigrippe prescrit non remboursé par la Sécurité sociale - Consultation diététicien non remboursée par la Sécurité sociale RANSPORT SANITAIRE Tansports prescrits pour l'hospitalisation ou la médecine de ville PTIQUE Taprise en charge des lunettes est limitée à une paire tous les 2 ans pour les personnes de oins de 16 ans, sauf en cas d'évolution de la vue objectivée par une nouvelle prescription me montant remboursé pour un équipement (2 verres + une monture) est dans tous les cas limisponsables. Es forfaits en Euro sur les lunettes (verres ou montures) intègrent le remboursement de la Sé | médecin, dans un but de oursés par la Sécurité sociale e 16 ans et plus et à une paire tous édicale ophtalmologique. ité aux plafonds définis par la régle | 150% s les ans pour les enfants de mentation des contrats |
| - Sevrage tabagique: Tous les médicaments et produits à base de nicotine prescrits par un revrage tabagique (avec Autorisation de Mise sur le Marché ou norme Afnor) même non rember - Vaccin antigrippe prescrit non remboursé par la Sécurité sociale - Consultation diététicien non remboursée par la Sécurité sociale RANSPORT SANITAIRE Tansports prescrits pour l'hospitalisation ou la médecine de ville PTIQUE Taprise en charge des lunettes est limitée à une paire tous les 2 ans pour les personnes de 16 ans, sauf en cas d'évolution de la vue objectivée par une nouvelle prescription me montant remboursé pour un équipement (2 verres + une monture) est dans tous les cas limisponsables. Est forfaits en Euro sur les lunettes (verres ou montures) intègrent le remboursement de la Ségimes locaux ou spéciaux (Alsace-Moselle, SNCF, etc.) Terporter à vos Conditions générales ou à votre Notice d'information pour plus de précisions opplicable. | médecin, dans un but de oursés par la Sécurité sociale e 16 ans et plus et à une paire tous édicale ophtalmologique. ité aux plafonds définis par la régle curité sociale et l'éventuel rembour | 150% s les ans pour les enfants de mentation des contrats sement complémentaire des |
| - Sevrage tabagique: Tous les médicaments et produits à base de nicotine prescrits par un revrage tabagique (avec Autorisation de Mise sur le Marché ou norme Afnor) même non remboursé par la Sécurité sociale - Consultation diététicien non remboursée par la Sécurité sociale - Consultation diététicien non remboursée par la Sécurité sociale RANSPORT SANITAIRE ansports prescrits pour l'hospitalisation ou la médecine de ville PTIQUE a prise en charge des lunettes est limitée à une paire tous les 2 ans pour les personnes de 16 ans, sauf en cas d'évolution de la vue objectivée par une nouvelle prescription me montant remboursé pour un équipement (2 verres + une monture) est dans tous les cas limisponsables. In forfaits en Euro sur les lunettes (verres ou montures) intègrent le remboursement de la Ségimes locaux ou spéciaux (Alsace-Moselle, SNCF, etc.) Terporter à vos Conditions générales ou à votre Notice d'information pour plus de précisions opplicable. | médecin, dans un but de oursés par la Sécurité sociale e 16 ans et plus et à une paire tous édicale ophtalmologique. ité aux plafonds définis par la régle curité sociale et l'éventuel rembour s sur les conditions de renouvellem | 150% s les ans pour les enfants de mentation des contrats sement complémentaire des ent et sur la réglementation |
| - Sevrage tabagique: Tous les médicaments et produits à base de nicotine prescrits par un revrage tabagique (avec Autorisation de Mise sur le Marché ou norme Afnor) même non remboursé par la Sécurité sociale - Consultation diététicien non remboursée par la Sécurité sociale - Consultation diététicien non remboursée par la Sécurité sociale RANSPORT SANITAIRE ansports prescrits pour l'hospitalisation ou la médecine de ville PTIQUE prise en charge des lunettes est limitée à une paire tous les 2 ans pour les personnes de oins de 16 ans, sauf en cas d'évolution de la vue objectivée par une nouvelle prescription me montant remboursé pour un équipement (2 verres + une monture) est dans tous les cas limis sponsables. In forfaits en Euro sur les lunettes (verres ou montures) intègrent le remboursement de la Ségimes locaux ou spéciaux (Alsace-Moselle, SNCF, etc.) Reporter à vos Conditions générales ou à votre Notice d'information pour plus de précisions opplicable. quipements "100% santé" | médecin, dans un but de oursés par la Sécurité sociale e 16 ans et plus et à une paire tous édicale ophtalmologique. ité aux plafonds définis par la régle curité sociale et l'éventuel rembour s sur les conditions de renouvellem | 150% s les ans pour les enfants de mentation des contrats sement complémentaire des ent et sur la réglementation Frais réels dans la limite des p |
| - Sevrage tabagique: Tous les médicaments et produits à base de nicotine prescrits par un revrage tabagique (avec Autorisation de Mise sur le Marché ou norme Afnor) même non rember - Vaccin antigrippe prescrit non remboursé par la Sécurité sociale - Consultation diététicien non remboursée par la Sécurité sociale RANSPORT SANITAIRE Tansports prescrits pour l'hospitalisation ou la médecine de ville PTIQUE Taprise en charge des lunettes est limitée à une paire tous les 2 ans pour les personnes de 16 ans, sauf en cas d'évolution de la vue objectivée par une nouvelle prescription me montant remboursé pour un équipement (2 verres + une monture) est dans tous les cas limisponsables. Est forfaits en Euro sur les lunettes (verres ou montures) intègrent le remboursement de la Ségimes locaux ou spéciaux (Alsace-Moselle, SNCF, etc.) Experience à vos Conditions générales ou à votre Notice d'information pour plus de précisions | médecin, dans un but de oursés par la Sécurité sociale e 16 ans et plus et à une paire tous édicale ophtalmologique. ité aux plafonds définis par la régle curité sociale et l'éventuel rembour s sur les conditions de renouvellem | 150% s les ans pour les enfants de mentation des contrats sement complémentaire des ent et sur la réglementation Frais réels dans la limite des p limites de vente définis par le |

Document non contractuel MA150ROD

Les lentilles prescrites sont prises en charge même si non remboursées par la Sécurité sociale. Le ticket modérateur des

Opération de la myopie, de l'hypermétropie, de l'astigmatisme et de la presbytie par laser, non remboursée par la Sécurité

lentilles remboursées par la Sécurité sociale est pris en charge même si le forfait annuel est épuisé.

Monture de classe B Lentilles

Chirurgie réfractive

sociale

100 € pour la monture

300 € /an

390 € /œil

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" Frais réels dans la limite des prix Les aides auditives "100% santé" (classe I) sont définies par la réglementation (se reporter à vos Conditions générales ou à limites de vente définis par la votre Notice d'information). 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 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 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 <u>base de</u>**<u>remboursement</u> **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 <u>participation forfaitaire</u> ainsi que les <u>franchises</u> 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 | 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 | 70 € /jour |
| - sans nuitée (en ambulatoire) | 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% |

Document non contractuel MA150RODCON

| 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, orthophonist | te, 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 n la Sécurité sociale | on remboursés par | 50 € /séance |
| Nambra da cánaca ramba uraí as tautas anásialitás canfanduas | 1 ^{re} , 2 ^e année | 3 séances /an |
| - Nombre de séances remboursées toutes spécialités confondues | 3 ^e année et + | 6 séances /an |
| Forfait prévention - Sevrage tabagique: Tous les médicaments et produits à base de nicotine prescrits par un médecin, sevrage tabagique (avec Autorisation de Mise sur le Marché ou norme Afnor) même non remboursés par - 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 | r la Sécurité sociale | 90 € /an |

TRANSPORT SANITAIR

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.

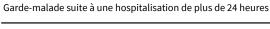
Les forfaits en Euro sur les lunettes (verres ou montures) intègrent le remboursement de la Sécurité sociale et l'éventuel remboursement complémentaire des régimes locaux ou spéciaux (Alsace-Moselle, SNCF, etc.)

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 chirurgie refractive re | |
| Opération de la myopie, de l'hypermétropie, de l'astigmatisme et de la presbytie par laser, non remboursée par la Sécurité sociale | 390 € /œil |

Document non contractuel MA150RODCON

| 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 éférences précises à la réglementation). | | 100% + 500 € /an |
| e 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 prém couronnes métalliques sur les autres dents (se reporter à vos Conditions générales ou à votre Notice d'inf crouver 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) 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) |
| te forfait en Lufo est dutisable pour t'ortifodonde addite meme from remboursee par la securite 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 |
| La prise en charge des aides auditives est limitée à un équipement par oreille tous les 4 ans. Ce délai ndépendamment. Le remboursement d'une aide auditive ne peut pas excéder 1700 €. Conformément à la réglementation, « remboursement du régime obligatoire et le remboursement complémentaire éventuel des régimes locau | ce plafond de 1 700 ŧ | € est calculé en y incluant le |
| La prise en charge des aides auditives est limitée à un équipement par oreille tous les 4 ans. Ce délai ndépendamment. Le remboursement d'une aide auditive ne peut pas excéder 1 700 €. Conformément à la réglementation, or remboursement du régime obligatoire et le remboursement complémentaire éventuel des régimes locau Equipements "100% santé" Les aides auditives "100% santé" (classe I) sont définies par la réglementation (se reporter à vos Condition | ce plafond de 1 700 (ix ou spéciaux (Alsac | e est calculé en y incluant le e-Moselle, SNCF, etc.), . |
| a prise en charge des aides auditives est limitée à un équipement par oreille tous les 4 ans. Ce délain dépendamment. De remboursement d'une aide auditive ne peut pas excéder 1 700 €. Conformément à la réglementation, de memboursement du régime obligatoire et le remboursement complémentaire éventuel des régimes locau equipements "100% santé" Des aides auditives "100% santé" (classe I) sont définies par la réglementation (se reporter à vos Condition otre Notice d'information). | ce plafond de 1 700 (ix ou spéciaux (Alsac | E est calculé en y incluant le e-Moselle, SNCF, etc.), . Frais réels dans la limite des prix limites de vente définis par la |
| La prise en charge des aides auditives est limitée à un équipement par oreille tous les 4 ans. Ce délain dépendamment. Le remboursement d'une aide auditive ne peut pas excéder 1 700 €. Conformément à la réglementation, de mboursement du régime obligatoire et le remboursement complémentaire éventuel des régimes locau Equipements "100% santé" Les aides auditives "100% santé" (classe I) sont définies par la réglementation (se reporter à vos Condition votre Notice d'information). Aides auditives à tarifs libres Aides auditives à tarifs libres (classe II) | ce plafond de 1 700 (ix ou spéciaux (Alsac | E est calculé en y incluant le e-Moselle, SNCF, etc.), . Frais réels dans la limite des prix limites de vente définis par la |
| La prise en charge des aides auditives est limitée à un équipement par oreille tous les 4 ans. Ce délain dépendamment. Le remboursement d'une aide auditive ne peut pas excéder 1 700 €. Conformément à la réglementation, de mboursement du régime obligatoire et le remboursement complémentaire éventuel des régimes locau equipements "100% santé" Les aides auditives "100% santé" (classe I) sont définies par la réglementation (se reporter à vos Condition outre Notice d'information). Aides auditives à tarifs libres Lides auditives à tarifs libres (classe II) Accessoires | ce plafond de 1 700 (ix ou spéciaux (Alsac | est calculé en y incluant le e-Moselle, SNCF, etc.), . Frais réels dans la limite des prix limites de vente définis par la réglementation 810 € /oreille |
| La prise en charge des aides auditives est limitée à un équipement par oreille tous les 4 ans. Ce délain népendamment. Le remboursement d'une aide auditive ne peut pas excéder 1 700 €. Conformément à la réglementation, cemboursement du régime obligatoire et le remboursement complémentaire éventuel des régimes locau Equipements "100% santé" Les aides auditives "100% santé" Les aides auditives "100% santé" (classe I) sont définies par la réglementation (se reporter à vos Condition votre Notice d'information). Aides auditives à tarifs libres Aides auditives à tarifs libres (classe II) Accessoires Accessoires, entretien et piles pour appareil auditif | ce plafond de 1 700 (ix ou spéciaux (Alsac | e est calculé en y incluant le e-Moselle, SNCF, etc.), . Frais réels dans la limite des prix limites de vente définis par la réglementation |
| La prise en charge des aides auditives est limitée à un équipement par oreille tous les 4 ans. Ce délai ndépendamment. Le remboursement d'une aide auditive ne peut pas excéder 1 700 €. Conformément à la réglementation, or remboursement du régime obligatoire et le remboursement complémentaire éventuel des régimes locau Equipements "100% santé" Les aides auditives "100% santé" (classe I) sont définies par la réglementation (se reporter à vos Condition votre Notice d'information). Aides auditives à tarifs libres Aides auditives à tarifs libres (classe II) Accessoires Accessoires, entretien et piles pour appareil auditif CURE THERMALE Forfait de surveillance thermale ou pratiques médicales complémentaires par un médecin ayant adhéré à | ce plafond de 1 700 é ix ou spéciaux (Alsac ns générales ou à | est calculé en y incluant le e-Moselle, SNCF, etc.), . Frais réels dans la limite des prix limites de vente définis par la réglementation 810 € /oreille |
| La prise en charge des aides auditives est limitée à un équipement par oreille tous les 4 ans. Ce délain ndépendamment. Le remboursement d'une aide auditive ne peut pas excéder 1 700 €. Conformément à la réglementation, de mboursement du régime obligatoire et le remboursement complémentaire éventuel des régimes locaute equipements "100% santé" Les aides auditives "100% santé" (classe I) sont définies par la réglementation (se reporter à vos Condition votre Notice d'information). Aides auditives à tarifs libres Aides auditives à tarifs libres (classe II) Accessoires Accessoires, entretien et piles pour appareil auditif CURE THERMALE Forfait de surveillance thermale ou pratiques médicales complémentaires par un médecin ayant adhéré à pratique tarifaire maîtrisée (DPTAM) Forfait de surveillance thermale ou pratiques médicales complémentaires par un médecin n'ayant pas addition de surveillance thermale ou pratiques médicales complémentaires par un médecin n'ayant pas additions de surveillance thermale ou pratiques médicales complémentaires par un médecin n'ayant pas additions de surveillance thermale ou pratiques médicales complémentaires par un médecin n'ayant pas additions de surveillance thermale ou pratiques médicales complémentaires par un médecin n'ayant pas additions de surveillance thermale ou pratiques médicales complémentaires par un médecin n'ayant pas additions de surveillance thermale ou pratiques médicales complémentaires par un médecin n'ayant pas additions de surveillance thermale ou pratiques médicales complémentaires par un médecin n'ayant pas additions de surveillance thermale ou pratiques médicales complémentaires par un médecin n'ayant pas additions de surveillance thermale ou pratiques médicales complémentaires par un médecin n'ayant pas additions de surveillance thermale ou pratiques médicales complémentaires par un médicales de surveillance | ce plafond de 1 700 e ix ou spéciaux (Alsac ns générales ou à à un dispositif de | E est calculé en y incluant le e-Moselle, SNCF, etc.), . Frais réels dans la limite des prix limites de vente définis par la réglementation 810 € /oreille |
| La prise en charge des aides auditives est limitée à un équipement par oreille tous les 4 ans. Ce délain ndépendamment. Le remboursement d'une aide auditive ne peut pas excéder 1 700 €. Conformément à la réglementation, or emboursement du régime obligatoire et le remboursement complémentaire éventuel des régimes locaute equipements "100% santé" Les aides auditives "100% santé" (classe I) sont définies par la réglementation (se reporter à vos Condition votre Notice d'information). Aides auditives à tarifs libres Aides auditives à tarifs libres (classe II) Accessoires Accessoires, entretien et piles pour appareil auditif CURE THERMALE Forfait de surveillance thermale ou pratiques médicales complémentaires par un médecin ayant adhéré à cratique tarifaire maîtrisée (DPTAM) Forfait de surveillance thermale ou pratiques médicales complémentaires par un médecin n'ayant pas addispositif de pratique tarifaire maîtrisée (DPTAM) | ce plafond de 1 700 e ix ou spéciaux (Alsac ns générales ou à à un dispositif de | E est calculé en y incluant le e-Moselle, SNCF, etc.), . Frais réels dans la limite des prix limites de vente définis par la réglementation 810 €/oreille 200% |
| La prise en charge des aides auditives est limitée à un équipement par oreille tous les 4 ans. Ce délaindépendamment. Le remboursement d'une aide auditive ne peut pas excéder 1 700 €. Conformément à la réglementation, or emboursement du régime obligatoire et le remboursement complémentaire éventuel des régimes locau Equipements "100% santé" Les aides auditives "100% santé" (classe I) sont définies par la réglementation (se reporter à vos Condition votre Notice d'information). Aides auditives à tarifs libres Aides auditives à tarifs libres (classe II) Accessoires Accessoires, entretien et piles pour appareil auditif CURE THERMALE Forfait de surveillance thermale ou pratiques médicales complémentaires par un médecin ayant adhéré à pratique tarifaire maîtrisée (DPTAM) Forfait de surveillance thermale ou pratiques médicales complémentaires par un médecin n'ayant pas addispositif de pratique tarifaire maîtrisée (DPTAM) Forfait thermal Frais d'hébergement et de transport, même si non remboursés par la Sécurité sociale, la cure étant remboursés par la Sécurité sociale, la cur | ce plafond de 1 700 e ix ou spéciaux (Alsac ns générales ou à à un dispositif de lhéré à un | E est calculé en y incluant le e-Moselle, SNCF, etc.), . Frais réels dans la limite des prix limites de vente définis par la réglementation 810 € /oreille 200% |
| La prise en charge des aides auditives est limitée à un équipement par oreille tous les 4 ans. Ce délai ndépendamment. Le remboursement d'une aide auditive ne peut pas excéder 1 700 €. Conformément à la réglementation, or remboursement du régime obligatoire et le remboursement complémentaire éventuel des régimes locau Equipements "100% santé" Les aides auditives "100% santé" (classe I) sont définies par la réglementation (se reporter à vos Condition votre Notice d'information). Aides auditives à tarifs libres Aides auditives à tarifs libres (classe II) Accessoires Accessoires, entretien et piles pour appareil auditif CURE THERMALE Forfait de surveillance thermale ou pratiques médicales complémentaires par un médecin ayant adhéré à pratique tarifaire maîtrisée (DPTAM) Forfait de surveillance thermale ou pratiques médicales complémentaires par un médecin n'ayant pas addispositif de pratique tarifaire maîtrisée (DPTAM) Forfait thermal Forfait thermal | ce plafond de 1 700 e ix ou spéciaux (Alsac ns générales ou à à un dispositif de lhéré à un | E est calculé en y incluant le e-Moselle, SNCF, etc.), . Frais réels dans la limite des prix limites de vente définis par la réglementation 810 € /oreille 200% 220% 200% |
| La prise en charge des aides auditives est limitée à un équipement par oreille tous les 4 ans. Ce délaindépendamment. Le remboursement d'une aide auditive ne peut pas excéder 1 700 €. Conformément à la réglementation, oremboursement du régime obligatoire et le remboursement complémentaire éventuel des régimes locau Equipements "100% santé" Les aides auditives "100% santé" (classe I) sont définies par la réglementation (se reporter à vos Condition votre Notice d'information). Aides auditives à tarifs libres Aides auditives à tarifs libres Accessoires Accessoires Accessoires, entretien et piles pour appareil auditif CURE THERMALE Forfait de surveillance thermale ou pratiques médicales complémentaires par un médecin ayant adhéré à pratique tarifaire maîtrisée (DPTAM) Forfait de surveillance thermale ou pratiques médicales complémentaires par un médecin n'ayant pas ad dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (DPTAM) Forfait thermal Frais d'hébergement et de transport, même si non remboursés par la Sécurité sociale, la cure étant rembosécurité sociale ASSISTANCE La description ci-dessous est un résumé des garanties d'assistance. Se référer à vos Conditions génére. | ce plafond de 1 700 e ix ou spéciaux (Alsac ns générales ou à à un dispositif de lhéré à un oursée par la | E est calculé en y incluant le e-Moselle, SNCF, etc.), . Frais réels dans la limite des prix limites de vente définis par la réglementation 810 € /oreille 200% 220% 200% 200% |
| La prise en charge des aides auditives est limitée à un équipement par oreille tous les 4 ans. Ce délai indépendamment. Le remboursement d'une aide auditive ne peut pas excéder 1 700 €. Conformément à la réglementation, or remboursement du régime obligatoire et le remboursement complémentaire éventuel des régimes locau Equipements "100% santé" Les aides auditives "100% santé" (classe I) sont définies par la réglementation (se reporter à vos Condition votre Notice d'information). Aides auditives à tarifs libres Aides auditives à tarifs libres (classe II) Accessoires Accessoires, entretien et piles pour appareil auditif CURE THERMALE Forfait de surveillance thermale ou pratiques médicales complémentaires par un médecin ayant adhéré à pratique tarifaire maîtrisée (DPTAM) Forfait de surveillance thermale ou pratiques médicales complémentaires par un médecin n'ayant pas addispositif de pratique tarifaire maîtrisée (DPTAM) Forfait thermal Frais d'hébergement et de transport, même si non remboursés par la Sécurité sociale, la cure étant rembosécurité sociale ASSISTANCE La description ci-dessous est un résumé des garanties d'assistance. Se référer à vos Conditions générides 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 dan générales ou votre Notice d'information | ce plafond de 1 700 on xou spéciaux (Alsacons générales ou à management de la constitution de la constitutio | E est calculé en y incluant le e-Moselle, SNCF, etc.), . Frais réels dans la limite des prix limites de vente définis par la réglementation 810 € /oreille 200% 220% 200% 200% |



40 heures

Garde-enfants pendant une hospitalisation de plus de 24 heures

Une fois par an dans la limite de

40 heures Une fois par an dans la limite de

Garde-animaux pendant une hospitalisation de plus de 24 heures

Soutien scolaire suite à une immobilisation au domicile ou une hospitalisation

250 € 12 semaines par an dans la limite de 15 heures par semaine

Document non contractuel



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 <u>base de</u> 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 <u>participation forfaitaire</u> ainsi que les <u>franchises</u> 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 | 1 ^{re} année | 220% ⁽¹⁾ |
| maîtrisée (DPTAM) | 2 ^e année et + | 400% ⁽¹⁾ |
| Honoraires des médecins (y compris chirurgiens) n'ayant pas adhéré à un dispositif de pratique tarifaire | 1 ^{re} année | 200% ⁽¹⁾ |
| maîtrisée (DPTAM) | 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, da entier est appliqué, ou en cas de reprise de contrat à la concurrence, dans ce cas le taux de votre ancien co appliqué sans pouvoir excéder les limites prévues au tableau ci-dessus. Cela s'applique à la souscription c de l'ajout d'un bénéficiaire à l'exception des nouveau-nés. Frais de séjour | ontrat est | |
| Trais de Sejour Ticket modérateur sur le prix de journée ou sur les actes peu coûteux, participation forfaitaire pour les act | tes 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'assur séjour) | ance en moyen | |
| - 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 séj | our) | 10 € /jour |
| Hospitalisation à domicile (HAD) | | |
| Hospitalisation à domicile (HAD) | | 150% |

Document non contractuel MA150RHOS

| SOINS COURANTS | | |
|--|--|---|
| Honoraires médicaux | | |
| Consultations, visites et actes (radio, petite chirurgie) de médecins généralistes et spécialistes ayar le pratique tarifaire maîtrisée (DPTAM) | nt adhéré à un dispositif | 170% |
| onsultations, visites et actes (radio, petite chirurgie) de médecins généralistes et spécialistes n'ay ispositif de pratique tarifaire maîtrisée (DPTAM) | ant pas adhéré à un | 150% |
| nalyses et examens de laboratoire | | |
| xamens médicaux (biologie, analyse médicale) | | 150% |
| lonoraires paramédicaux | | |
| uxiliaires médicaux (par exemple : infirmier et infirmière, sage-femme, kinésithérapeute, orthoph | noniste, orthoptiste) | 150% |
| Médicaments | | |
| lédicaments à service médical rendu majeur ou important (ex-vignette blanche) | | 100% |
| lédicaments à service médical rendu modéré (ex-vignette bleue) | | 100% |
| lédicaments à service médical rendu faible (ex-vignette orange) | | Non pris en charge |
| Matériel médical | | |
| rothèses, pansements, petits matériels et autres produits définis sur la Liste des Produits et Prest e la Sécurité sociale (hors lunettes et aides auditives pour lesquelles se référer à leurs lignes spéci | | 150% |
| lédecine douce et prévention | | |
| lédecine douce (ostéopathe, chiropracteur, acupuncteur, pédicure-podologue) et psychothérape I Sécurité sociale | ute non remboursés par | 25 € /séance |
| Nambro do réancos rombourrées toutos mécialités confondues | 1 ^{re} , 2 ^e année | 3 séances /an |
| - Nombre de séances remboursées toutes spécialités confondues | 3 ^e année et + | 6 séances /an |
| orfait prévention - Sevrage tabagique : Tous les médicaments et produits à base de nicotine prescrits par un méde evrage tabagique (avec Autorisation de Mise sur le Marché ou norme Afnor) même non remboursé - Vaccin antigrippe prescrit non remboursé par la Sécurité sociale - Consultation diététicien non remboursée par la Sécurité sociale | | 90 € /an |
| RANSPORT SANITAIRE | | |
| ransports prescrits pour l'hospitalisation ou la médecine de ville | | 150% |
| PTIQUE | | |
| a prise en charge des lunettes est limitée à une paire tous les 2 ans pour les personnes de 16 a noins de 16 ans, sauf en cas d'évolution de la vue objectivée par une nouvelle prescription médica e montant remboursé pour un équipement (2 verres + une monture) est dans tous les cas limité a esponsables. es forfaits en Euro sur les lunettes (verres ou montures) intègrent le remboursement de la Sécurité gimes locaux ou spéciaux (Alsace-Moselle, SNCF, etc.) e reporter à vos Conditions générales ou à votre Notice d'information pour plus de précisions sur pplicable. | ale ophtalmologique. ux plafonds définis par la r é sociale et l'éventuel remi | églementation des contrats boursement complémentaire des |
| quipements "100% santé" | | |
| unettes "100% santé", verres et monture de classe A, telles que définies par la réglementation | | Frais réels dans la limite des pri 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 Grille optique B 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. 75 € pour la monture 1^{re}, 2^e année Monture de classe B 100 € pour la monture 3^e année et + Lentilles Les lentilles prescrites sont prises en charge même si non remboursées par la Sécurité sociale. Le ticket modérateur des 200 € /an lentilles remboursées par la Sécurité sociale est pris en charge même si le forfait annuel est épuisé. Chirurgie réfractive

 $Op\'eration\ de\ la\ myopie,\ de\ l'hyperm\'etropie,\ de\ l'astigmatisme\ et\ de\ la\ presbytie\ par\ laser,\ non\ rembours\'ee\ par\ la\ S\'ecurit\'e$

sociale

Document non contractuel MA150RHOS

290 € /œil

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" Frais réels dans la limite des prix Les aides auditives "100% santé" (classe I) sont définies par la réglementation (se reporter à vos Conditions générales ou à limites de vente définis par la votre Notice d'information). réglementation Aides auditives à tarifs libres Aides auditives à tarifs libres (classe II) 760 € /oreille Accessoires, entretien et piles pour appareil auditif 150% **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 |





des assurances.

15 heures par semaine



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 <u>base de</u> 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 <u>participation forfaitaire</u> ainsi que les <u>franchises</u> 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 2 ^e année et + | 220% ⁽¹⁾ 400% ⁽¹⁾ |
| Honoraires des médecins (y compris chirurgiens) n'ayant pas adhéré à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (DPTAM) | 1 ^{re} année 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, de entier est appliqué, ou en cas de reprise de contrat à la concurrence, dans ce cas le taux de votre ancien cappliqué sans pouvoir excéder les limites prévues au tableau ci-dessus. Cela s'applique à la souscription de l'ajout d'un bénéficiaire à l'exception des nouveau-nés. | ans ce cas le taux ontrat est | 20070 |
| Frais de séjour | | |
| Ticket modérateur sur le prix de journée ou sur les actes peu coûteux, participation forfaitaire pour les ac | tes 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'assur séjour) | ance en moyen | |
| - 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 séj | our) | 10 € /jour |
| Hospitalisation à domicile (HAD) | | |
| Hospitalisation à domicile (HAD) | | 150% |
| | | |

Document non contractuel MA150RHOSOD

| SOINS COURANTS | | |
|---|--|--------------------|
| Honoraires médicaux | | |
| Consultations, visites et actes (radio, petite chirurgie) de médecins généralistes et spécialistes de pratique tarifaire maîtrisée (DPTAM) | ayant adhéré à un dispositif | 170% |
| Consultations, visites et actes (radio, petite chirurgie) de médecins généralistes et spécialistes dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (DPTAM) | n'ayant pas adhéré à un | 150% |
| Analyses et examens de laboratoire | | |
| Examens médicaux (biologie, analyse médicale) | | 150% |
| Honoraires paramédicaux | | |
| Auxiliaires médicaux (par exemple : infirmier et infirmière, sage-femme, kinésithérapeute, orth | ophoniste, 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 P de la Sécurité sociale (hors lunettes et aides auditives pour lesquelles se référer à leurs lignes s | | 150% |
| Médecine douce et prévention | | |
| Médecine douce (ostéopathe, chiropracteur, acupuncteur, pédicure-podologue) et psychothér la Sécurité sociale | apeute non remboursés par | 25 € /séance |
| No object to a Community of Control of Control of Control | 1 ^{re} , 2 ^e année | 3 séances /an |
| - Nombre de séances remboursées toutes spécialités confondues | 3 ^e année et + | 6 séances /an |
| Forfait prévention - Sevrage tabagique: Tous les médicaments et produits à base de nicotine prescrits par un m sevrage tabagique (avec Autorisation de Mise sur le Marché ou norme Afnor) même non rembo - Vaccin antigrippe prescrit non remboursé par la Sécurité sociale - Consultation diététicien non remboursée 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 |

Document non contractuel MA150RHOSOD

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 270 € /sem. (soit 540 € /an) 3^e année 300 € /sem. (soit 600 € /an) 350 € /sem. (soit 700 € /an) 4^e année et +

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).

Aide-ménagère suite à une hospitalisation de plus de 24 heures et par dérogation dans les cas prévus dans vos Conditions

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

Non pris en charge

Dans la limite de

Cure thermale **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.

générales ou votre Notice d'information 40 heures par an Une fois par an dans la limite de Garde-malade suite à une hospitalisation de plus de 24 heures 40 heures Une fois par an dans la limite de Garde-enfants pendant une hospitalisation de plus de 24 heures 40 heures Une fois par an dans la limite de Garde-animaux pendant une hospitalisation de plus de 24 heures 250€ 12 semaines par an dans la limite de Soutien scolaire suite à une immobilisation au domicile ou une hospitalisation 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 <u>base de</u>**<u>remboursement</u> **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 <u>participation forfaitaire</u> ainsi que les <u>franchises</u> 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.

| votie Notice a information. | | |
|---|---------------------------|---------------------|
| HOSPITALISATION | | |
| Honoraires | | |
| Honoraires des médecins (y compris chirurgiens) ayant adhéré à un dispositif de pratique tarifaire | 1 ^{re} année | 220% ⁽¹⁾ |
| maîtrisée (DPTAM) | 2 ^e année et + | 400% ⁽¹⁾ |
| Honoraires des médecins (y compris chirurgiens) n'ayant pas adhéré à un dispositif de pratique tarifaire | 1 ^{re} année | 200% ⁽¹⁾ |
| maîtrisée (DPTAM) 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, dentier est appliqué, ou en cas de reprise de contrat à la concurrence, dans ce cas le taux de votre ancien cappliqué sans pouvoir excéder les limites prévues au tableau ci-dessus. Cela s'applique à la souscription de l'ajout d'un bénéficiaire à l'exception des nouveau-nés. Frais de séjour | contrat est | |
| Ticket modérateur sur le prix de journée ou sur les actes peu coûteux, participation forfaitaire pour les ac | tes 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'assu séjour) | rance en moyen | |
| - 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 séj | our) | 10 € /jour |
| Hospitalisation à domicile (HAD) | | |
| Hospitalisation à domicile (HAD) | | 150% |

Document non contractuel MA150RHOSODCON

| SOINS COURANTS | | |
|---|--|---------------|
| Honoraires médicaux | | |
| Consultations, visites et actes (radio, petite chirurgie) de médecins généralistes et spécialistes ay de pratique tarifaire maîtrisée (DPTAM) | vant adhéré à un dispositif | 195% |
| Consultations, visites et actes (radio, petite chirurgie) de médecins généralistes et spécialistes n' dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (DPTAM) | ayant pas adhéré à un | 175% |
| Analyses et examens de laboratoire | | |
| Examens médicaux (biologie, analyse médicale) | | 150% |
| Honoraires paramédicaux | | |
| Auxiliaires médicaux (par exemple : infirmier et infirmière, sage-femme, kinésithérapeute, ortho | phoniste, 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 psychothéral la Sécurité sociale | peute non remboursés par | 50 € /séance |
| - Nombre de séances remboursées toutes spécialités confondues | 1 ^{re} , 2 ^e année | 3 séances /an |
| - Nottible de Seances retriboursées toutes spéciaires conformées | 3 ^e année et + | 6 séances /an |
| Forfait prévention - Sevrage tabagique : Tous les médicaments et produits à base de nicotine prescrits par un mé sevrage tabagique (avec Autorisation de Mise sur le Marché ou norme Afnor) même non rembour - Vaccin antigrippe prescrit non remboursé par la Sécurité sociale | • | 90 € /an |
| - 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.

- 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

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 |

Document non contractuel MA150RHOSODCON

| DENTAIRE | | |
|--|--|--|
| Soins | | |
| Consultations et soins dentaires (hors inlays-onlays d'obturation), chirurgie et parodontologie rembours | sée | 200% |
| Prothèses 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 orémolaires et molaires ; les prothèses à tarifs libres incluent certaines couronnes céramo-céramiques (reporter à vos Conditions générales ou à votre Notice d'information pour trouver plus d'exemples et les | 3 ^e année se | 100% + 500 € /an |
| références précises à la réglementation). 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) 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) |

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 |
| ACCICTANCE | |

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

| 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 |



générales ou votre Notice d'information

Dans la limite de

40 heures par an

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 <u>base de</u> 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 <u>participation forfaitaire</u> ainsi que les <u>franchises</u> 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.

| votre notice a information. | | |
|--|---------------------------|---------------------|
| HOSPITALISATION | | |
| Honoraires | | |
| Honoraires des médecins (y compris chirurgiens) ayant adhéré à un dispositif de pratique tarifaire | 1 ^{re} année | 220% ⁽¹⁾ |
| maîtrisée (DPTAM) | 2 ^e année et + | 400% ⁽¹⁾ |
| Honoraires des médecins (y compris chirurgiens) n'ayant pas adhéré à un dispositif de pratique tarifaire | 1 ^{re} année | 200% ⁽¹⁾ |
| maîtrisée (DPTAM) | 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, da entier est appliqué, ou en cas de reprise de contrat à la concurrence, dans ce cas le taux de votre ancien co appliqué sans pouvoir excéder les limites prévues au tableau ci-dessus. Cela s'applique à la souscription ce l'ajout d'un bénéficiaire à l'exception des nouveau-nés. Frais de séjour | ontrat est | |
| Ticket modérateur sur le prix de journée ou sur les actes peu coûteux, participation forfaitaire pour les actes peu coûteux, participation forfaitaire peu coûteux, participation forfaita | tes 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'assur séjour) | ance en moyen | |
| - 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 séjo | our) | 10 € /jour |
| Hospitalisation à domicile (HAD) | | |
| Hospitalisation à domicile (HAD) | | 150% |

Document non contractuel MA150RHOSCON

| tes ayant adhéré à un dispositif | 195% |
|--|---|
| tes n'ayant pas adhéré à un | 175% |
| | |
| | 150% |
| | |
| orthophoniste, orthoptiste) | 150% |
| | |
| | 100% |
| | 30 € /an |
| | |
| | 150% |
| | |
| thérapeute non remboursés par | 50 € /séance |
| 1 ^{re} , 2 ^e année | 3 séances /an |
| 3 ^e année et + | 6 séances /an |
| nboursés par la Sécurité sociale ursé par la Sécurité sociale | 90 € /an |
| | |
| | 150% |
| | |
| n médicale ophtalmologique. limité aux plafonds définis par la réglen | nentation des contrats |
| | etes ayant adhéré à un dispositif etes n'ayant pas adhéré à un orthophoniste, orthoptiste) et Prestations remboursables es spécifiques). thérapeute non remboursés par 1 re, 2 année 3 année et + un médecin, dans un but de mboursés par la Sécurité sociale ursé par la Sécurité sociale ociale s de 16 ans et plus et à une paire tous n médicale ophtalmologique. limité aux plafonds définis par la réglem Sécurité sociale et l'éventuel rembours |

| 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 de traitements. Elle définit un forfait de remboursement par verre en fonction de leur correction La Grille optique B est décrite en annexe de ce document. | | Grille optique B |
| Monture de classe P | 1 ^{re} , 2 ^e année | 75 € pour la monture |
| Monture de classe B | 3 ^e année et + | 100 € pour la monture |
| Lentilles | | |
| Les lentilles prescrites sont prises en charge même si non remboursées par la Sécurité sociale. lentilles remboursées par la Sécurité sociale est pris en charge même si le forfait annuel est épi | | 200 € /an |
| Chirurgie réfractive | | |
| Opération de la myopie, de l'hypermétropie, de l'astigmatisme et de la presbytie par laser, non sociale | n remboursée par la Sécurité | 290 € /œil |

Document non contractuel MA150RHOSCON

| DENTAIRE | | |
|---|--|--|
| Soins | | |
| Consultations et soins dentaires (hors inlays-onlays d'obturation), chirurgie et parodontologie rembour | sée | 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 (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 se | 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 prér couronnes métalliques sur les autres dents (se reporter à vos Conditions générales ou à votre Notice d'introuver 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 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

| 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 |

des assurances.

générales ou votre Notice d'information

Dans la limite de

40 heures par an

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 <u>base de</u>** <u>remboursement</u> **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 <u>participation forfaitaire</u> ainsi que les <u>franchises</u> 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 | 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 | 70€/jour |
| - sans nuitée (en ambulatoire) | 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% |

Document non contractuel MA150RCON

| SOINS COURANTS | | |
|--|---|------------------------|
| lonoraires médicaux | | |
| Consultations, visites et actes (radio, petite chirurgie) de médecins généralistes et spéciali le pratique tarifaire maîtrisée (DPTAM) | stes ayant adhéré à un dispositif | 195% |
| Consultations, visites et actes (radio, petite chirurgie) de médecins généralistes et spéciali lispositif de pratique tarifaire maîtrisée (DPTAM) | stes n'ayant pas adhéré à un | 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 psycho la Sécurité sociale | othérapeute non remboursés par | 50 € /séance |
| Nambra da cáguca rambauraáas tautas anásislitás confanduas | 1 ^{re} , 2 ^e année | 3 séances /an |
| - Nombre de séances remboursées toutes spécialités confondues | 3 ^e année et + | 6 séances /an |
| Forfait prévention - Sevrage tabagique : Tous les médicaments et produits à base de nicotine prescrits par sevrage tabagique (avec Autorisation de Mise sur le Marché ou norme Afnor) même non re - 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 rembo | mboursés par la Sécurité sociale oursé 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 personne moins de 16 ans, sauf en cas d'évolution de la vue objectivée par une nouvelle prescriptic Le montant remboursé pour un équipement (2 verres + une monture) est dans tous les cas responsables. Les forfaits en Euro sur les lunettes (verres ou montures) intègrent le remboursement de l | on médicale ophtalmologique. s limité aux plafonds définis par la réglen | mentation des contrats |
| régimes locaux ou spéciaux (Alsace-Moselle, SNCF, etc.) Se reporter à vos Conditions générales ou à votre Notice d'information pour plus de préci | | |

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"

| Equipements "100% sante" | | |
|--|--|--|
| 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 de traitements. Elle définit un forfait de remboursement par verre en fonction de leur correc 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 |
| Monture de classe b | 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 |

Document non contractuel MA150RCON 2/3

| DENTAIRE | | |
|--|--|--|
| Soins | | |
| Consultations et soins dentaires (hors inlays-onlays d'obturation), chirurgie et parodontologie r | emboursée | 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. F prothèses à tarifs limités, notre garantie ne peut dépasser les honoraires limites de facturation églementaires. | Pour les 1 ^{re} , 2 ^e année | 100% + 300 € /an |
| les prothèses à tarifs limités incluent certaines couronnes céramo-métalliques sur deuxièmes orémolaires et molaires ; les prothèses à tarifs libres incluent certaines couronnes céramo-cérar eporter à vos Conditions générales ou à votre Notice d'information pour trouver plus d'exemple éférences précises à la réglementation). | • • | 100% + 400 € /an |
| e forfait en Euro est utilisable pour les implants et la parodontologie non remboursés par la Séc ociale. | 4 ^e année et + curité | 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 premiè couronnes métalliques sur les autres dents (se reporter à vos Conditions générales ou à votre No rouver plus d'exemples et les références précises à la réglementation). | • | Frais réels dans la limite des honoraires limites de facturatior 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) |

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

| 40 fieures par an |
|---|
| Une fois par an dans la limite de 40 heures |
| Une fois par an dans la limite de 40 heures |
| Une fois par an dans la limite de 250 € |
| 12 semaines par an dans la limite de 15 heures par semaine |
| |

générales ou votre Notice d'information

Dans la limite de

40 heures nar an



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 <u>base de</u>**<u>remboursement</u> **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 <u>participation forfaitaire</u> ainsi que les <u>franchises</u> 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 | 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 | 60 € /jour |
| - sans nuitée (en ambulatoire) | 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% |

Document non contractuel MA125R

| łonoraires médicaux | | |
|---|---|--------------------|
| Consultations, visites et actes (radio, petite chirurgie) de médecins généralistes et spé de pratique tarifaire maîtrisée (DPTAM) | écialistes ayant adhéré à un dispositif | 145% |
| consultations, visites et actes (radio, petite chirurgie) de médecins généralistes et spé lispositif de pratique tarifaire maîtrisée (DPTAM) | écialistes n'ayant pas adhéré à un | 125% |
| Analyses et examens de laboratoire | | |
| xamens médicaux (biologie, analyse médicale) | | 125% |
| Honoraires paramédicaux | | |
| Auxiliaires médicaux (par exemple : infirmier et infirmière, sage-femme, kinésithérape | eute, 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% |
| lédicaments 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 ps a Sécurité sociale | sychothérapeute non remboursés par | 25 € /séance |
| | 1 ^{re} , 2 ^e année | 3 séances /an |
| - Nombre de séances remboursées toutes spécialités confondues | 3 ^e année et + | 6 séances /an |
| Forfait prévention - Sevrage tabagique : Tous les médicaments et produits à base de nicotine prescrits sevrage tabagique (avec Autorisation de Mise sur le Marché ou norme Afnor) même no - Vaccin antigrippe prescrit même non remboursé par la Sécurité sociale - Consultation diététicien non remboursée par la Sécurité sociale | • | 70 € /an |
| TRANSPORT SANITAIRE | | |
| Transports prescrits pour l'hospitalisation ou la médecine de ville | | 125% |

sociale

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 de traitements. Elle définit un forfait de remboursement par verre en fonction de leur La Grille optique A est décrite en annexe de ce document. | | Grille optique A |
| | 1 ^{re} , 2 ^e année | 50 € pour la monture |
| Monture de classe B | 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 | | 170 € /œil |

Document non contractuel MA125R

| 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 | 1 ^{re} , 2 ^e année | 100% + 170 € /an |
| 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 | 3 ^e année | 100% + 250 € /an |
| références précises à la réglementation). 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 prémicouronnes métalliques sur les autres dents (se reporter à vos Conditions générales ou à votre Notice d'infittrouver 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) | 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 description complète des garanties, des limitations et des conditions d'utilisation. | e d'information pour avoir la |
| 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 c |



Soutien scolaire suite à une immobilisation au domicile ou une hospitalisation

15 heures par semaine

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
- 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 <u>participation forfaitaire</u> ainsi que les <u>franchises</u> 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, de entier est appliqué, ou en cas de reprise de contrat à la concurrence, dans ce cas le taux de votre ancien c appliqué sans pouvoir excéder les limites prévues au tableau ci-dessus. Cela s'applique à la souscription de de l'ajout d'un bénéficiaire à l'exception des nouveau-nés. | ontrat est | |
| Frais de séjour | | |
| l'icket modérateur sur le prix de journée ou sur les actes peu coûteux, participation forfaitaire pour les ac | tes 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'assur éjour) | ance en moyen | |
| - avec nuitée | | 90 € /jour |
| - sans nuitée (en ambulatoire) | | 45€/jour |
| it pour accompagnant non remboursé par la Sécurité sociale | | 15 € /jour |
| Confort à l'hôpital | | |
| l'élévision, connexion internet, téléphone (dans la limite de 30 jours par année d'assurance en moyen séj | our) | 10 € /jour |
| Hospitalisation à domicile (HAD) | | |
| Hospitalisation à domicile (HAD) | | 125% |

Document non contractuel MA125RHOS

| SOINS COURANTS | | |
|--|--|---|
| Honoraires médicaux | | |
| Consultations, visites et actes (radio, petite chirurgie) de médecins généralistes et spécialistes ayant adhé de pratique tarifaire maîtrisée (DPTAM) | éré à un dispositif | 145% |
| Consultations, visites et actes (radio, petite chirurgie) de médecins généralistes et spécialistes n'ayant pa dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (DPTAM) | s adhéré à un | 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 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 noi a 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 |
| - Sevrage tabagique : Tous les médicaments et produits à base de nicotine prescrits par un médecin, da sevrage tabagique (avec Autorisation de Mise sur le Marché ou norme Afnor) même non remboursés par la - Vaccin antigrippe prescrit même non remboursé par la Sécurité sociale | | 70 € /an |
| - Consultation diététicien non remboursée par la Sécurité sociale | | |
| TRANSPORT SANITAIRE | | |
| - Consultation diététicien non remboursée par la Sécurité sociale TRANSPORT SANITAIRE Transports prescrits pour l'hospitalisation ou la médecine de ville OPTIQUE | | 125% |
| TRANSPORT SANITAIRE Transports prescrits pour l'hospitalisation ou la médecine de ville OPTIQUE La prise en charge des lunettes est limitée à une paire tous les 2 ans pour les personnes de 16 ans et moins de 16 ans, sauf en cas d'évolution de la vue objectivée par une nouvelle prescription médicale ophue montant remboursé pour un équipement (2 verres + une monture) est dans tous les cas limité aux plaforesponsables. Les forfaits en Euro sur les lunettes (verres ou montures) intègrent le remboursement de la Sécurité socia 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 générales ou à votre Notice d'information pour plus de précisions sur les conditions générales ou à votre Notice d'information pour plus de précisions sur les conditions générales ou à votre Notice d'information pour plus de précisions sur les conditions générales ou à votre Notice d'information pour plus de précisions sur les conditions générales ou à votre Notice d'information pour plus de précisions sur les conditions générales ou à votre Notice d'information pour plus de précisions sur les conditions générales ou à votre Notice d'information pour plus de précisions sur les conditions générales ou à votre Notice d'information pour plus de précisions sur les conditions générales ou à votre Notice d'information pour plus de précisions sur les conditions générales ou à votre Notice d'information pour plus de précisions sur les conditions générales ou à votre Notice d'information pour plus de précisions sur les conditions générales ou à votre Notice d'information pour plus de précisions sur les conditions générales ou à votre Notice d'information pour plus de précisions sur les conditions générales ou à votre Notice d'information pour plus de précisions sur les conditions de la condition de la vue vou le la condition de la vue de la condition de l | ntalmologique. onds définis par la ré le et l'éventuel remb | ous les ans pour les enfants de glementation des contrats oursement complémentaire des |
| TRANSPORT SANITAIRE Transports prescrits pour l'hospitalisation ou la médecine de ville | ntalmologique. onds définis par la ré le et l'éventuel remb | pus les ans pour les enfants de glementation des contrats pursement complémentaire des |
| TRANSPORT SANITAIRE Transports prescrits pour l'hospitalisation ou la médecine de ville DPTIQUE La prise en charge des lunettes est limitée à une paire tous les 2 ans pour les personnes de 16 ans et moins de 16 ans, sauf en cas d'évolution de la vue objectivée par une nouvelle prescription médicale ophe emontant remboursé pour un équipement (2 verres + une monture) est dans tous les cas limité aux plafresponsables. Les forfaits en Euro sur les lunettes (verres ou montures) intègrent le remboursement de la Sécurité socia égimes 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 con applicable. Equipements "100% santé" Lunettes "100% santé", verres et monture de classe A, telles que définies par la réglementation | ntalmologique. onds définis par la ré le et l'éventuel remb | pus les ans pour les enfants de glementation des contrats pursement complémentaire des ement et sur la réglementation |
| TRANSPORT SANITAIRE Transports prescrits pour l'hospitalisation ou la médecine de ville OPTIQUE La prise en charge des lunettes est limitée à une paire tous les 2 ans pour les personnes de 16 ans et moins de 16 ans, sauf en cas d'évolution de la vue objectivée par une nouvelle prescription médicale ophe e montant remboursé pour un équipement (2 verres + une monture) est dans tous les cas limité aux plaferesponsables. Les forfaits en Euro sur les lunettes (verres ou montures) intègrent le remboursement de la Sécurité socia 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 corapplicable. | ntalmologique. onds définis par la ré le et l'éventuel remb | pus les ans pour les enfants de glementation des contrats pursement complémentaire des ement et sur la réglementation Frais réels dans la limite des prix limites de vente définis par la |
| Transports prescrits pour l'hospitalisation ou la médecine de ville DPTIQUE La prise en charge des lunettes est limitée à une paire tous les 2 ans pour les personnes de 16 ans et moins de 16 ans, sauf en cas d'évolution de la vue objectivée par une nouvelle prescription médicale ophe emontant remboursé pour un équipement (2 verres + une monture) est dans tous les cas limité aux plafe esponsables. Les forfaits en Euro sur les lunettes (verres ou montures) intègrent le remboursement de la Sécurité socia égimes locaux ou spéciaux (Alsace-Moselle, SNCF, etc.) Ser reporter à vos Conditions générales ou à votre Notice d'information pour plus de précisions sur les cor applicable. Equipements "100% santé" Lunettes "100% santé", verres et monture de classe A, telles que définies 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 sélect de traitements. Elle définit un forfait de remboursement par verre en fonction de leur correction en dehoi | ntalmologique. onds définis par la ré le et l'éventuel remb nditions de renouvell tion de verres et | pus les ans pour les enfants de glementation des contrats pursement complémentaire des ement et sur la réglementation Frais réels dans la limite des prix limites de vente définis par la |
| Transports prescrits pour l'hospitalisation ou la médecine de ville DPTIQUE La prise en charge des lunettes est limitée à une paire tous les 2 ans pour les personnes de 16 ans et moins de 16 ans, sauf en cas d'évolution de la vue objectivée par une nouvelle prescription médicale ophe emontant remboursé pour un équipement (2 verres + une monture) est dans tous les cas limité aux plafe esponsables. Les forfaits en Euro sur les lunettes (verres ou montures) intègrent le remboursement de la Sécurité socia égimes locaux ou spéciaux (Alsace-Moselle, SNCF, etc.) Ser reporter à vos Conditions générales ou à votre Notice d'information pour plus de précisions sur les cor applicable. Equipements "100% santé" Lunettes "100% santé", verres et monture de classe A, telles que définies 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 sélect de traitements. Elle définit un forfait de remboursement par verre en fonction de leur correction en dehoi | ntalmologique. onds définis par la ré le et l'éventuel remb nditions de renouvell tion de verres et rs du réseau Itelis. | pus les ans pour les enfants de glementation des contrats pursement complémentaire des ement et sur la réglementation Frais réels dans la limite des prix limites de vente définis par la réglementation |
| Transports prescrits pour l'hospitalisation ou la médecine de ville DPTIQUE La prise en charge des lunettes est limitée à une paire tous les 2 ans pour les personnes de 16 ans et moins de 16 ans, sauf en cas d'évolution de la vue objectivée par une nouvelle prescription médicale ophe e montant remboursé pour un équipement (2 verres + une monture) est dans tous les cas limité aux plafe esponsables. Les forfaits en Euro sur les lunettes (verres ou montures) intègrent le remboursement de la Sécurité socia égimes locaux ou spéciaux (Alsace-Moselle, SNCF, etc.) De reporter à vos Conditions générales ou à votre Notice d'information pour plus de précisions sur les compplicable. Equipements "100% santé" Lunettes "100% santé", verres et monture de classe A, telles que définies 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 sélect le traitements. Elle définit un forfait de remboursement par verre en fonction de leur correction en dehou la Grille optique A est décrite en annexe de ce document. | ntalmologique. onds définis par la ré le et l'éventuel remb nditions de renouvell tion de verres et rs du réseau Itelis. | pus les ans pour les enfants de glementation des contrats pursement complémentaire des ement et sur la réglementation Frais réels dans la limite des prix limites de vente définis par la réglementation Grille optique A |
| Transports prescrits pour l'hospitalisation ou la médecine de ville DPTIQUE La prise en charge des lunettes est limitée à une paire tous les 2 ans pour les personnes de 16 ans et moins de 16 ans, sauf en cas d'évolution de la vue objectivée par une nouvelle prescription médicale ophe e montant remboursé pour un équipement (2 verres + une monture) est dans tous les cas limité aux plafe esponsables. Les forfaits en Euro sur les lunettes (verres ou montures) intègrent le remboursement de la Sécurité socia égimes locaux ou spéciaux (Alsace-Moselle, SNCF, etc.) De reporter à vos Conditions générales ou à votre Notice d'information pour plus de précisions sur les compplicable. Equipements "100% santé" Lunettes "100% santé", verres et monture de classe A, telles que définies 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 sélect le traitements. Elle définit un forfait de remboursement par verre en fonction de leur correction en dehou la Grille optique A est décrite en annexe de ce document. | ntalmologique. onds définis par la ré le et l'éventuel remb nditions de renouvell tion de verres et rs du réseau Itelis. | pus les ans pour les enfants de glementation des contrats pursement complémentaire des ement et sur la réglementation Frais réels dans la limite des prix limites de vente définis par la réglementation Grille optique A |
| Transports prescrits pour l'hospitalisation ou la médecine de ville DPTIQUE La prise en charge des lunettes est limitée à une paire tous les 2 ans pour les personnes de 16 ans et noins de 16 ans, sauf en cas d'évolution de la vue objectivée par une nouvelle prescription médicale oph le montant remboursé pour un équipement (2 verres + une monture) est dans tous les cas limité aux plafiesponsables. Les forfaits en Euro sur les lunettes (verres ou montures) intègrent le remboursement de la Sécurité socia égimes locaux ou spéciaux (Alsace-Moselle, SNCF, etc.) Le reporter à vos Conditions générales ou à votre Notice d'information pour plus de précisions sur les cor applicable. Equipements "100% santé" Lunettes "100% santé", verres et monture de classe A, telles que définies 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 sélect le traitements. Elle définit un forfait de remboursement par verre en fonction de leur correction en dehou la Grille optique A est décrite en annexe de ce document. | ntalmologique. onds définis par la ré le et l'éventuel remb nditions de renouvell tion de verres et rs du réseau Itelis. 1 ^{re} , 2 ^e année 3 ^e année | pus les ans pour les enfants de glementation des contrats pursement complémentaire des ement et sur la réglementation Frais réels dans la limite des prix limites de vente définis par la réglementation Grille optique A 50 € pour la monture |
| TRANSPORT SANITAIRE Transports prescrits pour l'hospitalisation ou la médecine de ville OPTIQUE La prise en charge des lunettes est limitée à une paire tous les 2 ans pour les personnes de 16 ans et moins de 16 ans, sauf en cas d'évolution de la vue objectivée par une nouvelle prescription médicale ophe e montant remboursé pour un équipement (2 verres + une monture) est dans tous les cas limité aux plafresponsables. Les forfaits en Euro sur les lunettes (verres ou montures) intègrent le remboursement de la Sécurité socia 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 cor applicable. Equipements "100% santé" Lunettes "100% santé", verres et monture de classe A, telles que définies par la réglementation | ntalmologique. onds définis par la ré le et l'éventuel remb nditions de renouvell tion de verres et rs du réseau Itelis. 1 ^{re} , 2 ^e année 3 ^e année 4 ^e année et + | pus les ans pour les enfants de glementation des contrats pursement complémentaire des ement et sur la réglementation Frais réels dans la limite des prix limites de vente définis par la réglementation Grille optique A 50 € pour la monture |
| Transports prescrits pour l'hospitalisation ou la médecine de ville OPTIQUE La prise en charge des lunettes est limitée à une paire tous les 2 ans pour les personnes de 16 ans et moins de 16 ans, sauf en cas d'évolution de la vue objectivée par une nouvelle prescription médicale oph Le montant remboursé pour un équipement (2 verres + une monture) est dans tous les cas limité aux plafiresponsables. Les forfaits en Euro sur les lunettes (verres ou montures) intègrent le remboursement de la Sécurité socia 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 corapplicable. Equipements "100% santé" Lunettes "100% santé", verres et monture de classe A, telles que définies 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 sélect de traitements. Elle définit un forfait de remboursement par verre en fonction de leur correction en dehoi La Grille optique A est décrite en annexe de ce document. Monture de classe B Lentilles Les lentilles prescrites sont prises en charge même si non remboursées par la Sécurité sociale. Le ticket m | ntalmologique. onds définis par la ré le et l'éventuel remb nditions de renouvell tion de verres et rs du réseau Itelis. 1 ^{re} , 2 ^e année 3 ^e année 4 ^e année et + | pus les ans pour les enfants de glementation des contrats pursement complémentaire des ement et sur la réglementation Frais réels dans la limite des prix limites de vente définis par la réglementation Grille optique A 50 € pour la monture 75 € pour la monture |

Document non contractuel MA125RHOS

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). Aides auditives à tarifs libres Aides auditives à tarifs libres (classe II) Accessoires Accessoires, entretien et piles pour appareil auditif CURE THERMALE

CORE THERMALL

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

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 <u>base de</u>**<u>remboursement</u> **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 <u>participation forfaitaire</u> ainsi que les <u>franchises</u> 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.

| - Voice House & Illioniadon. | | |
|--|---------------------------|---------------------|
| HOSPITALISATION | | |
| Honoraires | | |
| Honoraires des médecins (y compris chirurgiens) ayant adhéré à un dispositif de pratique tarifaire | 1 ^{re} année | 220% ⁽¹⁾ |
| maîtrisée (DPTAM) | 2 ^e année et + | 400% ⁽¹⁾ |
| Honoraires des médecins (y compris chirurgiens) n'ayant pas adhéré à un dispositif de pratique tarifaire | 1 ^{re} année | 200% ⁽¹⁾ |
| maîtrisée (DPTAM) | 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, dentier est appliqué, ou en cas de reprise de contrat à la concurrence, dans ce cas le taux de votre ancien cappliqué sans pouvoir excéder les limites prévues au tableau ci-dessus. Cela s'applique à la souscription de l'ajout d'un bénéficiaire à l'exception des nouveau-nés. | ontrat est | |
| Frais de séjour | | |
| Ticket modérateur sur le prix de journée ou sur les actes peu coûteux, participation forfaitaire pour les ac | tes 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'assur séjour) | rance en moyen | |
| - 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 séj | our) | 10 € /jour |
| Hospitalisation à domicile (HAD) | | |
| Hospitalisation à domicile (HAD) | | 125% |

Document non contractuel MA125RHOSOD

| OINS COURANTS | | |
|---|--|--------------------|
| lonoraires médicaux | | |
| onsultations, visites et actes (radio, petite chirurgie) de médecins généralistes et spécialist e pratique tarifaire maîtrisée (DPTAM) | tes ayant adhéré à un dispositif | 145% |
| onsultations, visites et actes (radio, petite chirurgie) de médecins généralistes et spécialist ispositif de pratique tarifaire maîtrisée (DPTAM) | tes n'ayant pas adhéré à un | 125% |
| nalyses et examens de laboratoire | | |
| xamens médicaux (biologie, analyse médicale) | | 125% |
| lonoraires paramédicaux | | |
| uxiliaires médicaux (par exemple : infirmier et infirmière, sage-femme, kinésithérapeute, c | orthophoniste, orthoptiste) | 125% |
| lédicaments | | |
| édicaments à service médical rendu majeur ou important (ex-vignette blanche) | | 100% |
| édicaments à service médical rendu modéré (ex-vignette bleue) | | 100% |
| édicaments à service médical rendu faible (ex-vignette orange) | | Non pris en charge |
| latériel médical | | |
| rothèses, pansements, petits matériels et autres produits définis sur la Liste des Produits e e la Sécurité sociale (hors lunettes et aides auditives pour lesquelles se référer à leurs ligne | | 125% |
| édecine douce et prévention | | |
| édecine douce (ostéopathe, chiropracteur, acupuncteur, pédicure-podologue) et psychot Sécurité sociale | hérapeute non remboursés par | 25 € /séance |
| - Nombre de séances remboursées toutes spécialités confondues | 1 ^{re} , 2 ^e année | 3 séances /an |
| Nombre de seances remboursees toutes specialités combinades | 3 ^e année et + | 6 séances /an |
| orfait prévention - Sevrage tabagique : Tous les médicaments et produits à base de nicotine prescrits par u evrage tabagique (avec Autorisation de Mise sur le Marché ou norme Afnor) même non rem - Vaccin antigrippe prescrit même non remboursé par la Sécurité sociale - Consultation diététicien non remboursée par la Sécurité sociale | | 70 € /an |
| RANSPORT SANITAIRE | | |
| ransports prescrits pour l'hospitalisation ou la médecine de ville | | 125% |
| PTIQUE | | |
| a prise en charge des lunettes est limitée à une paire tous les 2 ans pour les personnes oins de 16 ans, sauf en cas d'évolution de la vue objectivée par une nouvelle prescription | médicale ophtalmologique. | • |
| e montant remboursé pour un équipement (2 verres + une monture) est dans tous les cas li sponsables. es forfaits en Euro sur les lunettes (verres ou montures) intègrent le remboursement de la s gimes locaux ou spéciaux (Alsace-Moselle, SNCF, etc.) e reporter à vos Conditions générales ou à votre Notice d'information pour plus de précisio pplicable. | | · |
| sponsables. s forfaits en Euro sur les lunettes (verres ou montures) intègrent le remboursement de la ' gimes locaux ou spéciaux (Alsace-Moselle, SNCF, etc.) reporter à vos Conditions générales ou à votre Notice d'information pour plus de précisic | | · |

| 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 de traitements. Elle définit un forfait de remboursement par verre en fonction de leur correction en 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 |
| MONITURE de Classe B | 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 tie lentilles remboursées par la Sécurité sociale est pris en charge même si le forfait annuel est épuisé. | cket modérateur des | 200 € /an |
| Chirurgie réfractive | | |
| Opération de la myopie, de l'hypermétropie, de l'astigmatisme et de la presbytie par laser, non rem sociale | boursée par la Sécurité | 290 € /œil |

Document non contractuel MA125RHOSOD

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 |





300 € /sem. (soit 600 € /an)

4^e année et +



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 <u>base de</u>**<u>remboursement</u> **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 <u>participation forfaitaire</u> ainsi que les <u>franchises</u> 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 | 1 ^{re} année | 220% ⁽¹⁾ |
| maîtrisée (DPTAM) | 2 ^e année et + | 400% ⁽¹⁾ |
| Honoraires des médecins (y compris chirurgiens) n'ayant pas adhéré à un dispositif de pratique tarifaire | 1 ^{re} année | 200% ⁽¹⁾ |
| maîtrisée (DPTAM) | 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, da entier est appliqué, ou en cas de reprise de contrat à la concurrence, dans ce cas le taux de votre ancien c appliqué sans pouvoir excéder les limites prévues au tableau ci-dessus. Cela s'applique à la souscription de de l'ajout d'un bénéficiaire à l'exception des nouveau-nés. | ontrat est | |
| Frais de séjour | | |
| Ticket modérateur sur le prix de journée ou sur les actes peu coûteux, participation forfaitaire pour les ac | tes 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'assur séjour) | rance en moyen | |
| - 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 séj | our) | 10€/jour |
| Hospitalisation à domicile (HAD) | | |
| Hospitalisation à domicile (HAD) | | 125% |
| Occument non contractual | | MAISERHO |

Document non contractuel

MA125RHOSODCON

1/3

| SOINS COURANTS | | |
|---|--|---------------|
| Honoraires médicaux | | |
| Consultations, visites et actes (radio, petite chirurgie) de médecins généralistes et spécialistes de pratique tarifaire maîtrisée (DPTAM) | ayant adhéré à un dispositif | 145% |
| Consultations, visites et actes (radio, petite chirurgie) de médecins généralistes et spécialistes lispositif de pratique tarifaire maîtrisée (DPTAM) | n'ayant pas adhéré à un | 125% |
| Analyses et examens de laboratoire | | |
| Examens médicaux (biologie, analyse médicale) | | 125% |
| Honoraires paramédicaux | | |
| Auxiliaires médicaux (par exemple : infirmier et infirmière, sage-femme, kinésithérapeute, ortl | hophoniste, 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 F de la Sécurité sociale (hors lunettes et aides auditives pour lesquelles se référer à leurs lignes s | | 125% |
| Médecine douce et prévention | | |
| Médecine douce (ostéopathe, chiropracteur, acupuncteur, pédicure-podologue) et psychothé a Sécurité sociale | rapeute non remboursés par | 50 € /séance |
| - Nombre de séances remboursées toutes spécialités confondues | 1 ^{re} , 2 ^e année | 3 séances /an |
| - nombre de seances remboursees toutes specialités comondes | 3 ^e année et + | 6 séances /an |
| Forfait prévention | | |
| Sevrage tabagique : Tous les médicaments et produits à base de nicotine prescrits par un r - sevrage tabagique (avec Autorisation de Mise sur le Marché ou norme Afnor) même non rembo | • | |
| - Vaccin antigrippe prescrit non remboursé par la Sécurité sociale | ourses par la securite sociale | 70 € /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

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

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 | |
| 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. | | 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 |

Document non contractuel MA125RHOSODCON

| DENTAIRE | | |
|--|--|---|
| ioins Communication of the Com | | |
| onsultations et soins dentaires (hors inlays-onlays d'obturation), chirurgie et parodontologie rembours | ée | 150% |
| Prothèses | | |
| rothèses à tarifs limités, prothèses à tarifs libres, inlays-onlays d'obturation es prothèses à tarifs limités et les prothèses à tarifs libres sont définies par la réglementation. Pour les rothèses à tarifs limités, notre garantie ne peut dépasser les honoraires limites de facturation églementaires. | 1 ^{re} , 2 ^e année | 100% + 300 € /an |
| es prothèses à tarifs limités incluent certaines couronnes céramo-métalliques sur deuxièmes rémolaires et molaires ; les prothèses à tarifs libres incluent certaines couronnes céramo-céramiques (s eporter à vos Conditions générales ou à votre Notice d'information pour trouver plus d'exemples et les | 3 ^e année | 100% + 400 € /an |
| éférences précises à la réglementation). | | 1000/ 1 450 6 / 1 |
| e forfait en Euro est utilisable pour les implants et la parodontologie non remboursés par la Sécurité ociale. | 4 ^e année et + | 100% + 450 € /an |
| ioins et prothèses "100% santé" | | |
| es soins et prothèses "100% santé" sont définis par la réglementation. es prothèses incluent certaines couronnes céramo-métalliques sur incisives, canines et premières prém ouronnes métalliques sur les autres dents (se reporter à vos Conditions générales ou à votre Notice d'inf rouver plus d'exemples et les références précises à la réglementation). | • | Frais réels dans la limite des honoraires limites de facturatio définis par la réglementation |
| Orthodontie Orthod | | |
| | 1 ^{re} , 2 ^e année | 200 € /sem. (soit 400 € /an) |
| rthodontie (versé par semestre) | 3 ^e année | 250 €/sem. (soit 500 €/an) |
| | 4 ^e année et + | 300 € /sem. (soit 600 € /an) |
| IDES 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 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

| Une fois par an dans la limite de |
|---|
| 40 heures |
| Une fois par an dans la limite de 40 heures |
| Une fois par an dans la limite de 250 € |
| 12 semaines par an dans la limite de 15 heures par semaine |
| |



des assurances.

générales ou votre Notice d'information

Dans la limite de

40 heures par an



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
- 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 <u>participation forfaitaire</u> ainsi que les <u>franchises</u> 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.

| votte notice a information. | | |
|--|---------------------------|---------------------|
| HOSPITALISATION | | |
| Honoraires | | |
| Honoraires des médecins (y compris chirurgiens) ayant adhéré à un dispositif de pratique tarifaire | 1 ^{re} année | 220% ⁽¹⁾ |
| maîtrisée (DPTAM) | 2 ^e année et + | 400% ⁽¹⁾ |
| Honoraires des médecins (y compris chirurgiens) n'ayant pas adhéré à un dispositif de pratique tarifaire | 1 ^{re} année | 200% ⁽¹⁾ |
| maîtrisée (DPTAM) | 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, de entier est appliqué, ou en cas de reprise de contrat à la concurrence, dans ce cas le taux de votre ancien cappliqué sans pouvoir excéder les limites prévues au tableau ci-dessus. Cela s'applique à la souscription de l'ajout d'un bénéficiaire à l'exception des nouveau-nés. | ontrat est | |
| Frais de séjour | | |
| Ticket modérateur sur le prix de journée ou sur les actes peu coûteux, participation forfaitaire pour les ac | tes 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'assur séjour) | ance en moyen | |
| - 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 séj | our) | 10 €/jour |
| Hospitalisation à domicile (HAD) | | |
| Hospitalisation à domicile (HAD) | | 125% |

Document non contractuel MA125RHOSCON

| SOINS COURANTS | | |
|---|--|---------------|
| lonoraires médicaux | | |
| onsultations, visites et actes (radio, petite chirurgie) de médecins généralistes et spécialiste le pratique tarifaire maîtrisée (DPTAM) | es ayant adhéré à un dispositif | 145% |
| onsultations, visites et actes (radio, petite chirurgie) de médecins généralistes et spécialiste ispositif de pratique tarifaire maîtrisée (DPTAM) | es n'ayant pas adhéré à un | 125% |
| Analyses et examens de laboratoire | | |
| Examens médicaux (biologie, analyse médicale) | | 125% |
| Honoraires paramédicaux | | |
| Auxiliaires médicaux (par exemple : infirmier et infirmière, sage-femme, kinésithérapeute, or | thophoniste, orthoptiste) | 125% |
| Médicaments | | |
| Fout 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 de la Sécurité sociale (hors lunettes et aides auditives pour lesquelles se référer à leurs lignes | | 125% |
| Médecine douce et prévention | | |
| Médecine douce (ostéopathe, chiropracteur, acupuncteur, pédicure-podologue) et psychoth a Sécurité sociale | érapeute non remboursés par | 50€/séance |
| - Nombre de séances remboursées toutes spécialités confondues | 1 ^{re} , 2 ^e année | 3 séances /an |
| - Normbre de Seances remboursees toutes specialités comondues | 3 ^e année et + | 6 séances /an |

- 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

TRANSPORT SANITAIRE

Transports prescrits pour l'hospitalisation ou la médecine de ville

125%

70 € /an

sociale

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

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 réglementat | ion | 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 de traitements. Elle définit un forfait de remboursement par verre en fonction de leur correc La Grille optique A est décrite en annexe de ce document. | | Grille optique A |
| | 1 ^{re} , 2 ^e année | 50 € pour la monture |
| Monture de classe B | 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 socia lentilles remboursées par la Sécurité sociale est pris en charge même si le forfait annuel est | | 120 € /an |
| Chirurgie réfractive | | |
| Opération de la myopie, de l'hypermétropie, de l'astigmatisme et de la presbytie par laser, n | on remboursée par la Sécurité | 170 € /œil |

Document non contractuel MA125RHOSCON

| DENTAIRE | | |
|--|--|--|
| Soins | | |
| Consultations et soins dentaires (hors inlays-onlays d'obturation), chirurgie et parodontologie remboursé | e | 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 prémo couronnes métalliques sur les autres dents (se reporter à vos Conditions générales ou à votre Notice d'infotrouver 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 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 |



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 <u>base de</u>**<u>remboursement</u> **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 <u>participation forfaitaire</u> ainsi que les <u>franchises</u> 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 | 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 | 60 € /jour |
| - sans nuitée (en ambulatoire) | 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% |

Document non contractuel MA125ROD

| lonoraires médicaux | | |
|--|--|--------------------|
| onsultations, visites et actes (radio, petite chirurgie) de médecins généralistes et spécialistes ayant ad e pratique tarifaire maîtrisée (DPTAM) | héré à un dispositif | 145% |
| onsultations, visites et actes (radio, petite chirurgie) de médecins généralistes et spécialistes n'ayant p spositif de pratique tarifaire maîtrisée (DPTAM) | pas adhéré à un | 125% |
| nalyses et examens de laboratoire | | |
| ramens médicaux (biologie, analyse médicale) | | 125% |
| onoraires paramédicaux | | |
| uxiliaires médicaux (par exemple : infirmier et infirmière, sage-femme, kinésithérapeute, orthophonis | te, orthoptiste) | 125% |
| lédicaments | | |
| lédicaments à service médical rendu majeur ou important (ex-vignette blanche) | | 100% |
| lédicaments à service médical rendu modéré (ex-vignette bleue) | | 100% |
| édicaments à service médical rendu faible (ex-vignette orange) | | Non pris en charge |
| latériel médical | | |
| Prothèses, pansements, petits matériels et autres produits définis sur la Liste des Produits et Prestatior le la Sécurité sociale (hors lunettes et aides auditives pour lesquelles se référer à leurs lignes spécifique | | 125% |
| Nédecine douce et prévention | | |
| lédecine douce (ostéopathe, chiropracteur, acupuncteur, pédicure-podologue) et psychothérapeute r a Sécurité sociale | non remboursés par | 25 € /séance |
| - Nombre de séances remboursées toutes spécialités confondues | 1 ^{re} , 2 ^e année | 3 séances /an |
| | 3 ^e année et + | 6 séances /an |
| Nombre de seunces remboursées toutes specialités comondues | | |
| Forfait prévention - Sevrage tabagique : Tous les médicaments et produits à base de nicotine prescrits par un médecin, evrage tabagique (avec Autorisation de Mise sur le Marché ou norme Afnor) même non remboursés pa - Vaccin antigrippe prescrit même non remboursé par la Sécurité sociale - Consultation diététicien non remboursée par la Sécurité sociale | | 70 € /an |
| orfait prévention - Sevrage tabagique : Tous les médicaments et produits à base de nicotine prescrits par un médecin, evrage tabagique (avec Autorisation de Mise sur le Marché ou norme Afnor) même non remboursés pa - Vaccin antigrippe prescrit même non remboursé par la Sécurité sociale - Consultation diététicien non remboursée par la Sécurité sociale | | 70 € /an |
| orfait prévention - Sevrage tabagique : Tous les médicaments et produits à base de nicotine prescrits par un médecin, evrage tabagique (avec Autorisation de Mise sur le Marché ou norme Afnor) même non remboursés pa - Vaccin antigrippe prescrit même non remboursé par la Sécurité sociale | | 70 € /an 125% |

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 s de traitements. Elle définit un forfait de remboursement par verre en fonction de leur correction en d 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 |
| Monture de Classe B | 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 ticl lentilles remboursées par la Sécurité sociale est pris en charge même si le forfait annuel est épuisé. | ket modérateur des | 200 €/an |
| Chirurgie réfractive | | |
| Opération de la myopie, de l'hypermétropie, de l'astigmatisme et de la presbytie par laser, non remb sociale | ooursée par la Sécurité | 290 € /œil |

Document non contractuel MA125ROD

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 +

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

300 € /sem. (soit 600 € /an)

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

Non pris en charge

Cure thermale **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

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 <u>base de</u>**<u>remboursement</u> **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 <u>participation forfaitaire</u> ainsi que les <u>franchises</u> 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 | 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 | 60 € /jour |
| - sans nuitée (en ambulatoire) | 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% |

Document non contractuel MA125RODCON

| lonoraires médicaux | | |
|---|--|---------------|
| Consultations, visites et actes (radio, petite chirurgie) de médecins généralistes et spécialis le pratique tarifaire maîtrisée (DPTAM) | tes ayant adhéré à un dispositif | 145% |
| consultations, visites et actes (radio, petite chirurgie) de médecins généralistes et spécialis lispositif de pratique tarifaire maîtrisée (DPTAM) | tes n'ayant pas adhéré à un | 125% |
| Analyses et examens de laboratoire | | |
| Examens médicaux (biologie, analyse médicale) | | 125% |
| Honoraires paramédicaux | | |
| Auxiliaires médicaux (par exemple : infirmier et infirmière, sage-femme, kinésithérapeute, d | orthophoniste, orthoptiste) | 125% |
| Médicaments | | |
| Fout 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 de la Sécurité sociale (hors lunettes et aides auditives pour lesquelles se référer à leurs lign | | 125% |
| Médecine douce et prévention | | |
| Médecine douce (ostéopathe, chiropracteur, acupuncteur, pédicure-podologue) et psychol a Sécurité sociale | thérapeute non remboursés par | 50 € /séance |
| | 1 ^{re} , 2 ^e année | 3 séances /an |
| - Nombre de séances remboursées toutes spécialités confondues | 3 ^e année et + | 6 séances /an |
| Forfait prévention | _ | |
| Sevrage tabagique: Tous les médicaments et produits à base de nicotine prescrits par uservage tabagique (avec Autorisation de Mise sur le Marché ou norme Afnor) même non rer 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 | nboursés par la Sécurité sociale ursé par la Sécurité sociale | 70 €/an |
| TRANSPORT SANITAIRE | | |
| | | 125% |
| Fransports prescrits pour l'hospitalisation ou la médecine de ville | | |
| Pransports prescrits pour l'hospitalisation ou la medecine de ville OPTIQUE | | |

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 u de traitements. Elle définit un forfait de remboursement par verre en fonction de leur correction 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 |
| MOTITULE de Classe D | 3 ^e année et + | 100 € pour la monture |
| Lentilles | | |
| Les lentilles prescrites sont prises en charge même si non remboursées par la Sécurité sociale. L lentilles remboursées par la Sécurité sociale est pris en charge même si le forfait annuel est épui | | 200 € /an |
| Chirurgie réfractive | | |
| Opération de la myopie, de l'hypermétropie, de l'astigmatisme et de la presbytie par laser, non r sociale | remboursée par la Sécurité | 290 € /œil |

Document non contractuel MA125RODCON

| DENTAIRE | | |
|--|--|--|
| oins Communication of the Comm | | |
| onsultations et soins dentaires (hors inlays-onlays d'obturation), chirurgie et parodontologie rembours | ée | 150% |
| Prothèses | | |
| rothèses à tarifs limités, prothèses à tarifs libres, inlays-onlays d'obturation es prothèses à tarifs limités et les prothèses à tarifs libres sont définies par la réglementation. Pour les rothèses à tarifs limités, notre garantie ne peut dépasser les honoraires limites de facturation églementaires. | 1 ^{re} , 2 ^e année | 100% + 300 € /an |
| es prothèses à tarifs limités incluent certaines couronnes céramo-métalliques sur deuxièmes rémolaires et molaires ; les prothèses à tarifs libres incluent certaines couronnes céramo-céramiques (s eporter à vos Conditions générales ou à votre Notice d'information pour trouver plus d'exemples et les | 3 ^e année | 100% + 400 € /an |
| éférences précises à la réglementation). e forfait en Euro est utilisable pour les implants et la parodontologie non remboursés par la Sécurité ociale. | 4 ^e année et + | 100% + 450 € /an |
| oins et prothèses "100% santé" | | |
| es soins et prothèses "100% santé" sont définis par la réglementation. es prothèses incluent certaines couronnes céramo-métalliques sur incisives, canines et premières prém ouronnes métalliques sur les autres dents (se reporter à vos Conditions générales ou à votre Notice d'inf ouver plus d'exemples et les références précises à la réglementation). | | Frais réels dans la limite des honoraires limites de facturatior 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) |
| IDES 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 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 |





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
- 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 <u>participation forfaitaire</u> ainsi que les <u>franchises</u> 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 | 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 | 60 € /jour |
| - sans nuitée (en ambulatoire) | 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% |

Document non contractuel MA125RCON

| SOINS COURANTS | | |
|---|---|---------------|
| Honoraires médicaux | | |
| onsultations, visites et actes (radio, petite chirurgie) de médecins généralistes et spécialistes ayant adhéré à un dispositif e pratique tarifaire maîtrisée (DPTAM) | | 145% |
| Consultations, visites et actes (radio, petite chirurgie) de médecins généralistes et spécialist lispositif de pratique tarifaire maîtrisée (DPTAM) | es n'ayant pas adhéré à un | 125% |
| Analyses et examens de laboratoire | | |
| xamens médicaux (biologie, analyse médicale) | | 125% |
| lonoraires paramédicaux | | |
| ouxiliaires médicaux (par exemple : infirmier et infirmière, sage-femme, kinésithérapeute, o | orthophoniste, orthoptiste) | 125% |
| Nédicaments | | |
| out médicament remboursé par la Sécurité sociale | | 100% |
| lédicament 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 | | |
| dédecine douce (ostéopathe, chiropracteur, acupuncteur, pédicure-podologue) et psychotl a Sécurité sociale | hérapeute non remboursés par | 50 € /séance |
| No object to Comment of the Comment | 1 ^{re} , 2 ^e année | 3 séances /an |
| - Nombre de séances remboursées toutes spécialités confondues | 3 ^e année et + | 6 séances /an |
| orfait prévention - Sevrage tabagique : Tous les médicaments et produits à base de nicotine prescrits par ui evrage tabagique (avec Autorisation de Mise sur le Marché ou norme Afnor) même non rem - 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 rembou - Dépistage de l'ostéoporose prescrit par un médecin et non remboursé par la Sécurité so | nboursés par la Sécurité sociale rsé par la Sécurité sociale | 70 € /an |
| FRANSPORT SANITAIRE | | |
| Fransports prescrits pour l'hospitalisation ou la médecine de ville | | 125% |

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 pri: 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 Iteli de traitements. Elle définit un forfait de remboursement par verre en fonction de leur corr La Grille optique A est décrite en annexe de ce document. | | Grille optique A |
| | 1 ^{re} , 2 ^e année | 50 € pour la monture |
| Monture de classe B | 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 soci entilles remboursées par la Sécurité sociale est pris en charge même si le forfait annuel es | | 120 € /an |
| Chirurgie réfractive | | |
| Opération de la myopie, de l'hypermétropie, de l'astigmatisme et de la presbytie par laser, sociale | non remboursée par la Sécurité | 170 € /œil |

Document non contractuel MA125RCON

| DENTAIRE | | |
|--|--|--|
| Soins | | |
| Consultations et soins dentaires (hors inlays-onlays d'obturation), chirurgie et parodontologie remboursé | e | 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 églementaires. | 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 éférences précises à la réglementation). | 3 ^e année e | 100% + 250 € /an |
| e 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 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

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 <u>base de</u>**<u>remboursement</u> **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 <u>participation forfaitaire</u> ainsi que les <u>franchises</u> 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% |

Document non contractuel MA100R

| 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.

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.

| applicable. | |
|---|--|
| Equipements "100% santé" | |
| unettes "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 |
| unettes à tarifs libres | |
| /erres et monture de classe B ¹¹ 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) |
| entilles | |
| entilles | 100% |
| Chirurgie réfractive | |
| Opération de la myopie, de l'hypermétropie, de l'astigmatisme et de la presbytie par laser, non remboursée par la Sécurité ociale | 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 crouver 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%

Document non contractuel MA100R

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.), .

| remboursement du régime obligatoire et le remboursement comptementaire éventuel des régimes locaux ou speciaux (Alsa | ce-mosette, siver, 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 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 description complète des garanties, des limitations et des conditions d'utilisation. | e d'information pour avoir la |
| 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 |

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 <u>base de</u>** <u>remboursement</u> **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 <u>participation forfaitaire</u> ainsi que les <u>franchises</u> 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.

| Honoraires | |
|---|--------------------|
| Honoraires des médecins | 100% |
| Frais de séjour | |
| Ficket 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 | |
| orfait journalier hospitalier | Frais réels |
| Chambre particulière et lit pour accompagnant | |
| Chambre particulière | Non pris en charge |
| it 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% |

Document non contractuel MA100ROD

| 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

sociale.

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 séle de traitements. Elle définit un forfait de remboursement par verre en fonction de leur correction en deh La Grille optique A est décrite en annexe de ce document. | | Grille optique A |
| | 1 ^{re} , 2 ^e année | 50 € pour la monture |
| Monture de classe B | 3 ^e année | 75 € pour la monture |
| | 4e année et + | 100 € pour la monture |
| Lentilles | | |
| es lentilles prescrites sont prises en charge même si non remboursées par la Sécurité sociale. Le ticket entilles remboursées par la Sécurité sociale est pris en charge même si le forfait annuel est épuisé. | modérateur des | 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 rembou | rsée | 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 églementaires. | 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 reporter à vos Conditions générales ou à votre Notice d'information pour trouver plus d'exemples et les éférences précises à la réglementation). | • | 100% +250 € /an |
| Le forfait en Euro est utilisable pour les implants et la parodontologie non remboursés par la Sécurité | 4 ^e année et + | 100% +300 € /an |

Document non contractuel MA100ROD

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) 150 € /sem. (soit 300 € /an) 3^e année 200 € /sem. (soit 400 € /an) 4^e année et +

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, entretien et piles pour appareil auditif

100%

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

| description complete des garanties, des timitations et des conditions à dittisation. | |
|--|---|
| 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 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 <u>base de</u> 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 <u>participation forfaitaire</u> ainsi que les <u>franchises</u> 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% |

Document non contractuel MA100RODCON

| 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 Produ de la Sécurité sociale (hors lunettes et aides auditives pour lesquelles se référer à leurs l | | 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 p | • | |
| 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 | | 55 6/411 |
| - Traitement DMLA par compléments en Oméga 3 prescrit par un médecin et non rem | boursé par la Sécurité sociale | |
| - Dépistage de l'ostéoporose prescrit par un médecin et non remboursé par la Sécurit | ré sociale | |

TRANSPORT SANITAIRE

Transports prescrits pour l'hospitalisation ou la médecine de ville

100%

OPTIQUE

sociale.

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.

| аррисане. | | |
|--|--|--|
| 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 s de traitements. Elle définit un forfait de remboursement par verre en fonction de leur correction en d La Grille optique A est décrite en annexe de ce document. | | Grille optique A |
| | 1 ^{re} , 2 ^e année | 50 € pour la monture |
| Monture de classe B | 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 rembo | oursée | 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 l prothèses à tarifs limités, notre garantie ne peut dépasser les honoraires limites de facturation réglementaires. | les 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-céramique reporter à vos Conditions générales ou à votre Notice d'information pour trouver plus d'exemples et | • | 100% +250 € /an |
| références précises à la réglementation). Le forfait en Euro est utilisable pour les implants et la parodontologie non remboursés par la Sécurité | 4 ^e année et + | 100%+300€/an |

Document non contractuel MA100RODCON

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

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

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



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 <u>base de</u>** <u>remboursement</u> **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 <u>participation forfaitaire</u> ainsi que les <u>franchises</u> 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 | 1 ^{re} année | 220% ⁽¹⁾ |
| maîtrisée (DPTAM) | 2 ^e année et + | 400% ⁽¹⁾ |
| Honoraires des médecins (y compris chirurgiens) n'ayant pas adhéré à un dispositif de pratique tarifaire | 1 ^{re} année | 200% ⁽¹⁾ |
| maîtrisée (DPTAM) | 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, da entier est appliqué, ou en cas de reprise de contrat à la concurrence, dans ce cas le taux de votre ancien co appliqué sans pouvoir excéder les limites prévues au tableau ci-dessus. Cela s'applique à la souscription c de l'ajout d'un bénéficiaire à l'exception des nouveau-nés. | ontrat est | |
| Frais de séjour | | |
| Ticket modérateur sur le prix de journée ou sur les actes peu coûteux, participation forfaitaire pour les act | tes 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'assur séjour) | rance en moyen | |
| - 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 | | |
| | | |

Document non contractuel MA100RHOS

| 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 (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 deuxièmes prémolaires et molaires ; les | 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).

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).

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

Document non contractuel MA100RHOS

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

100%

Aides auditives à tarifs libres

Aides auditives à tarifs libres (classe II)

Accessoires

Accessoires, entretien et piles pour appareil auditif

100%

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.

| acouription complete aco guiantico, aco timitationo et aco contationo a attituación | |
|--|--------------------------------------|
| Aide-ménagère suite à une hospitalisation de plus de 24 heures et par dérogation dans les cas prévus dans vos Conditions | Dans la limite de |
| générales ou votre Notice d'information | 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 scalaire suite à une immobilisation au domicile ou une hospitalisation | 12 semaines par an dans la limite de |

utien scolaire suite à une immobilisation au domicile ou une hospitalisation 15 heures par semaine





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 <u>base de</u>**<u>remboursement</u> **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 <u>participation forfaitaire</u> ainsi que les <u>franchises</u> 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 | | |
| lonoraires des médecins (y compris chirurgiens) ayant adhéré à un dispositif de pratique tarifaire | 1 ^{re} année | 220% ⁽¹⁾ |
| naîtrisée (DPTAM) | 2 ^e année et + | 400% ⁽¹⁾ |
| lonoraires des médecins (y compris chirurgiens) n'ayant pas adhéré à un dispositif de pratique tarifaire | 1 ^{re} année | 200% ⁽¹⁾ |
| naîtrisée (DPTAM) | 2 ^e année et + | 200% ⁽¹⁾ |
| entier est appliqué, ou en cas de reprise de contrat à la concurrence, dans ce cas le taux de votre ancien c appliqué sans pouvoir excéder les limites prévues au tableau ci-dessus. Cela s'applique à la souscription c le l'ajout d'un bénéficiaire à l'exception des nouveau-nés. | | |
| rais de séjour | | |
| ïcket modérateur sur le prix de journée ou sur les actes peu coûteux, participation forfaitaire pour les ac | tes coûteux | |
| - En établissement conventionné | | Frais réels |
| - En établissement non conventionné | | 100% |
| Forfait journalier hospitalier | | |
| orfait 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'assur éjour) | rance en moyen | |
| - avec nuitée | | 40 € /jour |
| - sans nuitée (en ambulatoire) | | 20 € /jour |
| it pour accompagnant non remboursé par la Sécurité sociale | | 15 € /jour |
| 1 0 | | |
| Confort à l'hôpital | | |

Document non contractuel MA100RHOSOD

| 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 tou 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 régle responsables. Les forfaits en Euro sur les lunettes (verres ou montures) intègrent le remboursement de la Sécurité sociale et l'éventuel rembou | mentation des contrats |
| Les forfaits en Euro sur les tunettes (verres ou montures) integrent le remboursement de la securite sociale et i eventuel rembou | isement complementaire des |

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 | n | 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 su de traitements. Elle définit un forfait de remboursement par verre en fonction de leur correction La Grille optique A est décrite en annexe de ce document. | | Grille optique A |
| | 1 ^{re} , 2 ^e année | 50 € pour la monture |
| Monture de classe B | 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 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 |

Document non contractuel MA100RHOSOD

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

Orthodontie (versé par semestre)

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

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

Soutien scolaire suite à une immobilisation au domicile ou une hospitalisation

100%

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 Dans la limite de générales ou votre Notice d'information 40 heures par an Une fois par an dans la limite de Garde-malade suite à une hospitalisation de plus de 24 heures 40 heures Une fois par an dans la limite de Garde-enfants pendant une hospitalisation de plus de 24 heures 40 heures Une fois par an dans la limite de Garde-animaux pendant une hospitalisation de plus de 24 heures 250 €

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





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 <u>base de</u>**<u>remboursement</u> **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 <u>participation forfaitaire</u> ainsi que les <u>franchises</u> 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.

| onoraires | | (4) |
|--|---------------------------|---------------------------|
| lonoraires des médecins (y compris chirurgiens) ayant adhéré à un dispositif de pratique tarifaire | 1 ^{re} année | 220% ⁽¹⁾ |
| naîtrisée (DPTAM) | 2 ^e année et + | 400% ⁽¹⁾ |
| lonoraires des médecins (y compris chirurgiens) n'ayant pas adhéré à un dispositif de pratique tarifaire | 1 ^{re} année | 200% ⁽¹⁾ |
| naîtrisée (DPTAM) | 2 ^e année et + | 200% ⁽¹⁾ |
| Les 3 premiers mois d'assurance le taux de remboursement est limité à 100%, sauf en cas d'accident, dantier est appliqué, ou en cas de reprise de contrat à la concurrence, dans ce cas le taux de votre ancien cappliqué sans pouvoir excéder les limites prévues au tableau ci-dessus. Cela s'applique à la souscription de l'ajout d'un bénéficiaire à l'exception des nouveau-nés. | ontrat est | |
| rais de séjour | | |
| icket modérateur sur le prix de journée ou sur les actes peu coûteux, participation forfaitaire pour les ac | tes coûteux | |
| - En établissement conventionné | | Frais réels |
| - En établissement non conventionné | | 100% |
| | | |
| orfait journalier hospitalier | | |
| orfait journalier hospitalier orfait journalier hospitalier | | Frais réels |
| | | Frais réels |
| orfait journalier hospitalier | rance en moyen | Frais réels |
| orfait journalier hospitalier Chambre particulière et lit pour accompagnant hambre particulière non remboursée par la Sécurité sociale (dans la limite de 30 jours par année d'assur | ance en moyen | Frais réels 40 € /jour |
| orfait journalier hospitalier Chambre particulière et lit pour accompagnant hambre particulière non remboursée par la Sécurité sociale (dans la limite de 30 jours par année d'assur éjour) | rance en moyen | |
| orfait journalier hospitalier Chambre particulière et lit pour accompagnant Chambre particulière non remboursée par la Sécurité sociale (dans la limite de 30 jours par année d'assur éjour) - avec nuitée | rance en moyen | 40 € /jour |
| orfait journalier hospitalier Chambre particulière et lit pour accompagnant hambre particulière non remboursée par la Sécurité sociale (dans la limite de 30 jours par année d'assuréjour) - avec nuitée - sans nuitée (en ambulatoire) | rance en moyen | 40 € /jour 20 € /jour |

Document non contractuel MA100RHOSCON

| Hospitalisation à domicile (HAD) | | |
|---|--|---------------|
| Hospitalisation à domicile (HAD) | | 100% |
| SOINS COURANTS | | |
| lonoraires médicaux | | |
| onsultations, visites et actes (radio, petite chirurgie) de médecins généralistes ou spécia | alistes | 100% |
| Analyses et examens de laboratoire | | |
| xamens médicaux (biologie, analyse médicale) | | 100% |
| Honoraires paramédicaux | | |
| uxiliaires médicaux (par exemple : infirmier et infirmière, sage-femme, kinésithérapeut | e, orthophoniste, orthoptiste) | 100% |
| Nédicaments | | |
| out 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% |
| Nédecine douce et prévention | | |
| dédecine douce (ostéopathe, chiropracteur, acupuncteur, pédicure-podologue) et psych a Sécurité sociale | nothérapeute non remboursés par | 25 € /séance |
| Nambro de ságnese rembaura se toutes en ésiglités confondue- | 1 ^{re} , 2 ^e année | 3 séances /an |
| - Nombre de séances remboursées toutes spécialités confondues | 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.

| 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 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 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%

Document non contractuel MA100RHOSCON 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%

15 heures par semaine

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.), .

| remboursement du regime obligatoire et le remboursement complementaire eventuel des regimes tocaux ou speciaux y tisu | te mostile, siver, 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 description complète des garanties, des limitations et des conditions d'utilisation. | e d'information pour avoir la |
| 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 |



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 <u>base de</u>** <u>remboursement</u> **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 <u>participation forfaitaire</u> ainsi que les <u>franchises</u> 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.

| 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% |

Document non contractuel MA100RCON

| Médicaments | | |
|--|---|---|
| Fout 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 P le la Sécurité sociale (hors lunettes et aides auditives pour lesquelles se référer à leurs lignes s | | 100% |
| Nédecine douce et prévention | | |
| lédecine douce (ostéopathe, chiropracteur, acupuncteur, pédicure-podologue) et psychothér a Sécurité sociale | rapeute non remboursés par | 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 n everage tabagique (avec Autorisation de Mise sur le Marché ou norme Afnor) même non rembo - 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 - Dépistage de l'ostéoporose prescrit par un médecin et non remboursé par la Sécurité socia | oursés par la Sécurité sociale é par la Sécurité sociale | 50 € /an |
| RANSPORT SANITAIRE | | |
| ransports prescrits pour l'hospitalisation ou la médecine de ville | | 100% |
| DPTIQUE | | |
| noins de 16 ans, sauf en cas d'évolution de la vue objectivée par une nouvelle prescription m Le montant remboursé pour un équipement (2 verres + une monture) est dans tous les cas lim responsables. Se reporter à vos Conditions générales ou à votre Notice d'information pour plus de précisions applicable. | ité aux plafonds définis par la ré | |
| quipements "100% santé" | | |
| unettes "100% santé", verres et monture de classe A, telles que définies par la réglementation | n | Frais réels dans la limite des pri limites de vente définis par la réglementation |
| unettes à tarifs libres | | |
| 'erres et monture de classe B ^D Ce remboursement à hauteur de la base de remboursement de la Sécurité sociale est quasi-r emboursement étant de quelques centimes. | nul, cette base de | 100% ⁽¹⁾ (Remboursement quasi-nul) |
| entilles | | |
| entilles | | 100% |
| Chirurgie réfractive Opération de la myopie, de l'hypermétropie, de l'astigmatisme et de la presbytie par laser, nor ociale | n remboursée par la Sécurité | Non pris en charge |
| PENTAIRE | | |
| oins Communication of the Comm | | |
| ionsultations et soins dentaires (hors inlays-onlays d'obturation), chirurgie et parodontologie | <u> </u> | 100% |
| Prothèses | | |
| rothèses à tarifs limités, prothèses à tarifs libres, inlays-onlays d'obturation es prothèses à tarifs limités et les prothèses à tarifs libres sont définies par la réglementation. | | |
| es prothèses à tarifs limités incluent certaines couronnes céramo-métalliques sur deuxièmes rothèses à tarifs libres incluent certaines couronnes céramo-céramiques (se reporter à vos Co otre Notice d'information pour trouver plus d'exemples et les références précises à la réglem | onditions générales ou à | 100% |
| oins et prothèses "100% santé" | | |
| es soins et prothèses "100% santé" sont définis par la réglementation. Ces prothèses incluent certaines couronnes céramo-métalliques sur incisives, canines et prem ouronnes métalliques sur les autres dents (se reporter à vos Conditions générales ou à votre l rouver plus d'exemples et les références précises à la réglementation). | | Frais réels dans la limite des honoraires limites de facturatio définis par la réglementation |
| | | |

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

Orthodontie
Orthodontie

Document non contractuel

modérateur sur les autres actes d'orthodontie.

MA100RCON

100%

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 Notic description complète des garanties, des limitations et des conditions d'utilisation. | e d'information pour avoir la |
| 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 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 <u>base de</u>**<u>remboursement</u> **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 <u>participation forfaitaire</u> ainsi que les <u>franchises</u> 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.

| lonoraires | |
|---|---------------------|
| donoraires des médecins | 400% ⁽¹⁾ |
| rais de séjour | |
| icket 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⁾ |
| orfait journalier hospitalier | |
| orfait journalier hospitalier | Frais réels |
| Chambre particulière et lit pour accompagnant | |
| hambre particulière non remboursée par la Sécurité sociale (dans la limite de 30 jours par année d'assurance en moyen éjour) | |
| - avec nuitée | 100 € /jour |
| - sans nuitée (en ambulatoire) | 50 € /jour |
| it pour accompagnant non remboursé par la Sécurité sociale | 25 € /jour |
| Confort à l'hôpital | |
| élévision, connexion internet, téléphone (dans la limite de 30 jours par année d'assurance en moyen séjour) | 10€/jour |
| lospitalisation à domicile (HAD) | |
| lospitalisation 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.

| apprique à la sousairpaint du contract et lois de l'ajourt à un sentindant à l'exception des nouveau ness | | |
|---|------|--|
| 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% | |

Document non contractuel MA400NR

| 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 - 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 | 150 € /an |

TRANSPORT SANITAIRE

Transports prescrits pour l'hospitalisation ou la médecine de ville

- Dépistage de l'ostéoporose prescrit par un médecin et non remboursé par la Sécurité sociale

400%

OPTIQUE

sociale.

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.

| 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 | 3 ^e année | 100% + 760 € /an |
| références précises à la réglementation). Le forfait en Euro est utilisable pour les implants et la parodontologie non remboursés par la Sécurité | 4 ^e année et + | 100% + 900 € /an |

Document non contractuel MA400NR

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 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%

dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (DPTAM)

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 |
| |

40 heures par an

Garde-malade suite à une hospitalisation de plus de 24 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 40 heures Une fois par an dans la limite de

Soutien scolaire suite à une immobilisation au domicile ou une hospitalisation

250 €

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 €