



Solutions AXA
pour les entreprises
Santé

Conditions
particulières
Santé Entreprise
Surcomplémentaire
Non responsable



POUR L'ENTREPRISE
INTUIT FRANCE SAS

Votre contrat n° 226757170

 assurance **citoyenne**

VOS RÉFÉRENCES

Document à conserver

Votre référence contrat
226757170

Groupe assuré
Ensemble du personnel

Régime
Général

Date d'effet au : 01/01/2020

CONDITIONS PARTICULIÈRES

Votre contrat de surcomplémentaire Santé



Ce contrat de Santé a été conclu entre :

- **Vous, souscripteur,**

INTUIT FRANCE SAS
7 RUE DE LA PAIX
75002 PARIS

- **Et Nous, assureur**

AXA France Vie Société Anonyme au capital de 487 725 073,50 € - RCS Nanterre 310 499 959 - AXA France IARD Société Anonyme au capital de 214 799 030 € - RCS Nanterre 722 057 460. 313, Terrasses de l'Arche - 92727 Nanterre Cedex. Entreprises régies par le Code des Assurances.

Ce document a été établi conformément à votre demande et constituera, une fois signé, votre contrat.

Il est constitué de :

- Vos Conditions générales,
- Vos Conditions particulières, reprenant les caractéristiques et les garanties,
- La Notice d'information à diffuser à vos salariés.

Il vient en complément de votre contrat socle référencé n° 226757140.

Il prend effet le **1er janvier 2020**.

La catégorie assurée

Ensemble des salariés et des assimilés salariés au sens de l'article L 311-3 du code de la sécurité sociale

1. VOS GARANTIES EN DETAIL

Nous vous présentons ci-dessous les montants et niveaux remboursés par AXA au titre du contrat socle obligatoire et de la surcomplémentaire.

Ils s'entendent y compris ceux de la Sécurité sociale française et de tout autre organisme, dans la limite des frais réels engagés, que ce soit en secteur conventionné ou non.

Nous remboursons certaines prestations même non prises en charge par la Sécurité sociale. Ces cas particuliers sont spécifiés ci-dessous.

L'assuré bénéficie du tiers payant au minimum à hauteur des tarifs de responsabilité avec les professionnels de santé qui le pratiquent.

Surcomplémentaire
non responsable
obligatoire
Y compris la base
obligatoire

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

Frais de séjour

dans un établissement conventionné	100 % FR
dans un établissement non conventionné	90 % FR
Dans la limite de :	700 % BR

Honoraires

Consultation d'un médecin adhérent à l'un des DPTAM	770 % BR
Consultation d'un médecin non adhérent à l'un des DPTAM	400 % BR

Chambre particulière (y compris en ambulatoire)

Dans la limite de 60 jours par année civile en séjour psychiatrique

155 €

Forfait journalier hospitalier

100 % du forfait

Forfait actes lourds

100 % du forfait

Lit d'accompagnant (par jour)

Dans la limite par année civile de 60 jours pour les séjours en psychiatrie

D'un enfant de moins de:

140 €

16 ans

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

30 jour(s)

Maternité

Forfait maternité

1270 €

La prestation est doublée en cas de naissances multiples.

Forfait adoption

1270 €

Surcomplémentaire
non responsable
obligatoire

Y compris la base
obligatoire

Dentaire

Soins (hors 100% Santé)

Consultations, soins courants (hors inlays onlays d'obturation), radiologie et chirurgie*	770 % BR
* En secteur conventionné, la prise en charge est limitée à hauteur de 100% du ticket modérateur.	
Actes de parodontologie non pris en charge par la Sécurité sociale :	635 €
- Greffe gingivale de codage HBED023 et HBED024	
- Allongement coronaire de codage HBAA338	
- Lambeau de codage HBMA001 et HBJA003	
Par année civile et par bénéficiaire	

Soins et prothèses 100% Santé⁽¹⁾

	100 % FR
Dans la limite de :	100 % PLV-MR

Prothèses (Hors 100% Santé)

à tarif limité ⁽²⁾ (y compris Inlay Onlay)	650 % BR
Dans la limite de :	100 % PLV-MR
à tarifs libre ⁽³⁾ (y compris Inlay Onlay)	650 % BR
Prothèses fixes non prises en charge par la Sécurité sociale (Piliers de bridge sur dent saine, élément supplémentaire de bridge, prothèses fixes unitaires sur dent saine)	650 €
Dans la limite, par année civile et par bénéficiaire, de :	3 acte(s)

Orthodontie

prise en charge par la Sécurité sociale	770 % BR
non pris en charge par la Sécurité sociale	1205 €
par semestre	
Dans la limite de :	4 Semestre(s) consécutif(s)

Implantologie dentaire non prise en charge par la Sécurité sociale

Pose de l'implant (phase opératoire)	1267,42 €
Dans la limite, par année civile et par bénéficiaire, de :	3 acte(s)
Faux-moignon implantaire	378,58 €
Dans la limite, par année civile et par bénéficiaire, de :	3 acte(s)

Surcomplémentaire
non responsable
obligatoire

Y compris la base
obligatoire

Soins courants

Honoraires médicaux

Consultation d'un médecin généraliste adhérent à l'un des DPTAM	670 % BR
Consultation d'un médecin généraliste non adhérent à l'un des DPTAM	400 % BR
Consultation d'un médecin spécialiste adhérent à l'un des DPTAM	770 % BR
Consultation d'un médecin spécialiste non adhérent à l'un des DPTAM	400 % BR
Visite d'un médecin adhérent à l'un des DPTAM	770 % BR
Visite d'un médecin non adhérent à l'un des DPTAM	400 % BR
Acte technique médical ou chirurgical pratiqué par un médecin adhérent à l'un des DPTAM	770 % BR
Acte technique médical ou chirurgical pratiqué par un médecin non adhérent à l'un des DPTAM	400 % BR
Acte d'imagerie, échographie et doppler pratiqué par un médecin adhérent à l'un des DPTAM	770 % BR
Acte d'imagerie, échographie et doppler pratiqué par un médecin non adhérent à l'un des DPTAM	400 % BR

Analyses et examens de biologie

pris en charge par la Sécurité sociale	670 % BR
--	----------

Honoraires paramédicaux

Actes pratiqués par les auxiliaires médicaux : les infirmiers, les masseurs kinésithérapeutes, les orthophonistes, les orthoptistes et les pédicures-podologues	670 % BR
---	----------

Médicaments

pris en charge par la Sécurité sociale	100 % BR
Diététique non pris en charge par la Sécurité sociale, prescrits par un médecin ou un diététicien, figurant sur la liste des produits ayant obtenu une autorisation de mise sur le marché (AMM) de l'ANSM, à l'exclusion de la contraception féminine prise en charge par la garantie ci-dessous.	80 €
Moyens de contraception féminine non pris en charge par la Sécurité sociale et prescrits par un médecin Par année civile et par bénéficiaire	110 €

Matériel médical

Appareillages, prothèses, produits et prestations, hors prothèses dentaires, auditives et optiques.	670 % BR
---	----------

Médecines non conventionnelles

Forfait actes thérapeutiques pour les actes cités ci-contre,	105 €
	Acupuncture, Chiropraxie, Diététique, Ostéopathie, Pédicurie-podologie, Psychologie, Psychomotricité, Tabacologie
par séance	
Dans la limite, par année civile et par bénéficiaire, de :	3 séance(s)

Surcomplémentaire
non responsable
obligatoire

Y compris la base
obligatoire

Aides auditives

Jusqu'au 31 décembre 2020

Equipements de classe 1 ou 2	1200 €
Accessoires, entretien et piles pris en charge par la Sécurité sociale	670 % BR

A partir du 1er Janvier 2021

Equipement 100% santé ⁽⁴⁾	100 % FR
Dans la limite d'une prise en charge tous les :	4 ans
Dans la limite de :	100 % PLV-MR
Equipement de classe 2 à tarif libre : adulte	1440 €
Dans la limite d'une prise en charge tous les :	4 ans
enfant	1900 €
Dans la limite d'une prise en charge tous les :	4 ans
Accessoires, entretien et piles pris en charge par la Sécurité sociale	670 % BR

Autres postes

Frais de transport	100 % BR
Cures Thermales	1 112€
Frais médicaux, frais de séjour et frais de transport pris en charge par la Sécurité sociale	
Les honoraires d'un médecin non adhérent à l'un des DPTAM sont plafonnés à TM + 100%BR	

Surcomplémentaire
non responsable
obligatoire

Y compris la base
obligatoire

Prévention

Le vaccin anti-grippal non pris en charge par la Sécurité sociale et prescrit par un médecin	30 €
Les vaccins non pris en charge par la Sécurité sociale, prescrits par un médecin dans les conditions prévues par leur autorisation de mise sur le marché Par année civile et par bénéficiaire	570 €
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, par année civile et par bénéficiaire	130 €
L'ostéodensitométrie non prise en charge par la Sécurité sociale. Par année civile et par bénéficiaire	50 €
Consultation chez un diététicien prescrite par un médecin, dans la limite d'une prise en charge durant la vie du contrat :	1,25 % PMSS
Par enfant de moins de	12 ans
Le test de dépistage des virus impliqués dans le cancer du col de l'utérus (Test HPV) non pris en charge par la Sécurité sociale, sur la base de :	470 % BR
Dans la limite d'une prise en charge tous les :	3 ans
Tout acte de prévention prévu à l'article R 871-2 du code de la Sécurité sociale	Inclus
La Téléconsultation Voir présentation au chapitre " Santé au quotidien"	Inclus
Les séances d'activité physique adaptée aux affections définies par l'article D1172-2 du Code de la santé publique, sur prescription du médecin traitant. L'activité physique doit être dispensée par un professionnel de santé ou un professionnel titulaire d'un diplôme ou certification, tels que définis à l'article D1172-2 du Code de la santé publique. Par année civile et par bénéficiaire	200 €
Connecteur Bluetooth aux stylos à insuline et aux glucomètres, sur prescription médicale, dans la limite d'une fois par année civile et par bénéficiaire :	100 €

Optique

Verres et Monture

Dans la limite d'un équipement tous les :	2 ans
Equipements 100% Santé ⁽⁵⁾	100 % PLV
Equipement à tarif libre (Classe B) avec monture et verres simples	650 €
avec monture et verres complexes	1060 €
avec monture et verres très complexes	1140 €
Dont monture	100 €

Autres postes optique

Les lentilles de contact correctrices prises en charge ou non par la Sécurité sociale Par année civile et par bénéficiaire	390 €
L'opération de la myopie ou de l'hypermétropie par laser, par œil, par année civile et par bénéficiaire	1600 €

Assistance

Vous bénéficiez des services assistances du pack "Confort" décrits au chapitre correspondant

Services

Le Réseau Itélis permet aux assurés d'avoir accès à des soins de qualité, en protégeant leur budget

La description de ce service est donnée au chapitre correspondant

Le renouvellement de la prise en charge d'un équipement composé de deux verres et d'une monture ne peut intervenir avant une période de 2 ans suivant la date de délivrance de l'équipement précédent à l'exception des cas pour lesquels un renouvellement anticipé est prévu dans la liste mentionnée à l'article L.165-1 du code la Sécurité sociale, notamment pour les enfants de moins de 16 ans et en cas d'évolution de la vue.

SIMPLES Avec verres unifocaux	COMPLEXES Avec verres unifocaux	COMPLEXES avec verres multifocaux	TRES COMPLEXES Avec verres multifocaux
<ul style="list-style-type: none">■ Sphère entre -6 et 6	<ul style="list-style-type: none">■ Sphère hors zone -6 et 6	<ul style="list-style-type: none">■ Sphère entre -4 et 4	<ul style="list-style-type: none">■ Sphère hors zone -4 et 4
<ul style="list-style-type: none">■ Sphérocyindrique entre -6 et 0 et Cylindre inf = 4	<ul style="list-style-type: none">■ Sphérocyindrique entre -6 et 0 et Cylindre > 4	<ul style="list-style-type: none">■ Sphérocyindrique entre -8 et 0 et Cylindre inf = 4	<ul style="list-style-type: none">■ Sphérocyindrique entre -8 et 0 et Cylindre > 4
<ul style="list-style-type: none">■ Sphérocyindrique > 0 et (Sphère + Cylindre) inf = 6	<ul style="list-style-type: none">■ Sphérocyindrique inf -6 et Cylindre sup = 0,25■ Sphérocyindrique > 0 et (Sphère + Cylindre) > 6	<ul style="list-style-type: none">■ Sphérocyindrique > 0 et (Sphère + Cylindre) inf = 8	<ul style="list-style-type: none">■ Sphérocyindrique < -8 et Cylindre sup = 0,25■ Sphérocyindrique > 0 et (Sphère + Cylindre) > 8

Comprendre les abréviations de votre tableau de garanties

DPTAM = Dispositifs de Pratique Tarifaire Maîtrisée. Les dispositifs ayant pour objet la maîtrise des dépassements d'honoraires des professionnels de santé conventionnés du secteur 2.

PMSS = Plafond Mensuel de la Sécurité sociale.

BR = Base de remboursement : Tarif servant de référence à la Sécurité sociale pour déterminer le montant de son remboursement.

FR = Frais réel moins le remboursement de la Sécurité sociale : cela signifie que la garantie couvre la totalité des dépenses engagées par l'assuré, à l'exception de la part remboursée par la Sécurité sociale.

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

Définitions 100% Santé

Dentaire

(1) **Soins et prothèses 100% Santé** : tels que définis réglementairement. Cette garantie comprend la prise en charge des frais de soins dentaires prothétiques définis par arrêté des ministres chargés de la santé et de la Sécurité sociale dans la limite des honoraires de facturation fixés par la convention tels que prévue à l'article L.162-9 du code de la Sécurité sociale (**Prix Limite de Vente: PLV**) ou, en l'absence de convention applicable, par le règlement arbitral prévu à l'article L.162-14-2 du code de la Sécurité sociale et sous déduction du **Montant Remboursé** par la Sécurité sociale (**MR**).

(2) **Prothèses à tarifs limités** : Cette garantie comprend la prise en charge des frais de soins dentaires prothétiques autre que les "Soins et prothèses 100% Santé" dont les honoraires de facturation sont limités et fixés par la convention tels que prévue à l'article L.162-9 du code de la Sécurité sociale (**Prix Limite de Vente: PLV**) ou, en l'absence de convention applicable, par le règlement arbitral prévu à l'article L. 162-14-2 du code de la Sécurité sociale et sous déduction du **Montant Remboursé** par la Sécurité sociale (**MR**).

(3) **Prothèses à tarifs libres** : cette garantie comprend la prise en charge des frais de soins dentaires prothétiques dont les honoraires de facturation ne sont pas limités et fixés par la convention tels que prévue à l'article L. 162-9 du code de la Sécurité sociale.

Aides auditives

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

Optique

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

2. VOTRE COTISATION

Au **1er janvier 2020**, le taux de cotisation en complément de ceux du socle est fixé à :

**Surcomplémentaire
non responsable
base obligatoire**

Par assuré

sans ayant droit	0,88 %
avec un ou plusieurs ayants droit	1,79 %

Les cotisations sont exprimées en pourcentage du plafond mensuel de la Sécurité sociale en vigueur au 1er janvier de chaque année d'assurance.

L'ensemble des ayants droit définis aux Conditions générales est couvert.

Dans la cotisation sont inclus les impôts, contributions et taxes en vigueur à la date d'effet du contrat.

3. CONCLUSION ET SIGNATURE DE VOTRE CONTRAT

En application de l'article L 141-4 du Code des assurances, et conformément aux dispositions de l'article "Les informations dues aux assurés" des Conditions générales de votre contrat, vous reconnaissez avoir reçu notre Notice d'information destinée à vos salariés et vous vous engagez à en remettre un exemplaire à chacun d'eux.

Vous déclarez conserver auprès de vous la preuve de cette remise.

Vous certifiez sur l'honneur que les sommes qui sont ou seront versées au titre de ce contrat n'ont pas une origine délictueuse au sens des Articles 562 et suivants du Code Monétaire et Financier, 324-1 et suivants et 421-1 du Code Pénal relatifs au blanchiment des capitaux.

Vous déclarez être pleinement informé qu'AXA est soumise, en raison de sa qualité d'organisme financier, aux obligations légales issues principalement du Code Monétaire et Financier en matière de lutte contre le blanchiment des capitaux et notamment à une obligation de déclaration auprès du service Tracfin en cas de soupçon.

Fait à, en 2 exemplaires, le

Nous, l'assureur
Directeur Santé Prévoyance
AXA Santé & Collectives
Patricia DELAUX



Vous, le souscripteur
Nom ou tampon de la société et signature

Cette annexe n'est pas un engagement contractuel mais une communication édictée par l'article 5 de la loi n° 2019-733 du 14 juillet 2019 et l'arrêté du 6 mai 2020 qui en précise les modalités d'application.

Informations générales relatives à l'ensemble des contrats d'assurance santé couverts par AXA France Vie

Ratio prestations sur cotisations HT : 78,28 %

Ratio frais de gestion sur cotisation HT : 19,80 %

Le ratio entre le montant des prestations versées pour le remboursement et l'indemnisation des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident et le montant des cotisations ou primes afférentes à ces garanties représente la part des cotisations ou primes collectées, hors taxes, par l'organisme assureur au titre de l'ensemble des garanties couvrant le remboursement ou l'indemnisation des frais précités, qui est utilisée pour le versement des prestations correspondant à ces garanties.

Le ratio entre le montant total des frais de gestion au titre du remboursement et de l'indemnisation des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident et le montant des cotisations ou primes afférentes à ces garanties représente la part des cotisations ou primes collectées, hors taxes, par l'organisme assureur au titre de l'ensemble des garanties couvrant le remboursement ou l'indemnisation des frais précités, qui est utilisée pour le financement des frais de gestion.

Ces frais de gestion recouvrent l'ensemble des sommes engagées pour concevoir les contrats, les commercialiser (dont le réseau commercial, le marketing, les commissions des intermédiaires), les souscrire (dont l'encaissement des cotisations, la gestion des résiliations, le suivi comptable et juridique) et les gérer (dont le remboursement, la gestion du tiers payant, l'information client, l'assistance, les services, les prestations complémentaires), c'est-à-dire accomplir toutes les tâches incombant à l'organisme assureur dans le respect des garanties contractuelles.