



Solutions AXA
pour les entreprises
Santé

Conditions
générales
Santé Entreprise
Surcomplémentaire
Non responsable



POUR L'ENTREPRISE
INTUIT FRANCE SAS

Votre contrat n° 226757170

 assurance **citoyenne**

SOMMAIRE

BIEN COMPRENDRE VOS CONDITIONS GÉNÉRALES

Chapitre	Page	Article
PRÉAMBULE	3	
1. Les dispositions relatives à votre contrat	4	1.1. Votre contrat
	4	1.2. La durée de votre contrat
	4	1.3. La révision de votre contrat
	4	1.4. Les cotisations
	5	1.5. Ce que vous devez nous déclarer
	5	1.6. La mutualisation des opérations liées à votre contrat
	6	1.7. Les informations dues aux assurés
	6	1.8. Les réclamations
	6	1.9. La prescription
	8	1.10. Les mesures restrictives définies par la réglementation française et internationale
	8	1.11. Les mesures de lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme
2. Les dispositions relatives aux bénéficiaires	9	2.1. Les bénéficiaires de la garantie
	9	2.2. Les conditions d'adhésion au régime surcomplémentaire
3. Les dispositions relatives à la garantie frais de santé	10	3.1. Nos remboursements de la garantie Frais de santé
	12	3.2. Les documents nécessaires au remboursement
4. Les maintiens de garantie dont bénéficient vos salariés	15	4.1. Maintien des garanties en cas de rupture du contrat de travail ouvrant droit à prise en charge par le régime d'assurance chômage
	16	4.2. Maintien des garanties conforme à l'article 4 de la loi Evin n°89-1009 du 31 décembre 1989
5. Définitions	17	5.1. Définitions générales à votre contrat

PRÉAMBULE

Votre contrat est constitué des documents suivants :

- Les Conditions générales

Elles exposent l'ensemble des dispositions du contrat et des garanties Frais de santé ; elles précisent la liste des documents nécessaires au règlement de nos prestations.

- Les Conditions particulières

Elles indiquent les montants de nos prestations ; elles peuvent éventuellement prévoir des dérogations aux Conditions générales et priment dans ce cas sur ces dernières.

Dans ce contrat, nous utilisons régulièrement les termes suivants :

- Le souscripteur désigne la personne morale ou le chef d'entreprise qui conclut un contrat pour l'ensemble de ses salariés appartenant au groupe assuré ; il sera le plus souvent désigné par « vous » ;

- L'assureur est la société d'assurance qui garantit le risque souscrit ; il sera le plus souvent désigné par « nous » ;

- Le groupe assuré renvoie à la totalité des salariés pour lesquels vous avez conclu ce contrat Frais de santé ; il est défini aux Conditions particulières ;

- L'assuré est le salarié du groupe assuré ;

- Le contrat socle obligatoire référencé n°226757140 est le contrat d'assurance de groupe obligatoire complémentaire à la Sécurité sociale, en complément duquel intervient le présent contrat. Son numéro figure également dans les Conditions particulières.

Les mots ou expressions soulignés sont définis dans le chapitre Définitions.

1. Les dispositions relatives à votre contrat

1.1. Votre contrat

Votre contrat est un contrat d'assurance de groupe à adhésion obligatoire qui intervient en complément du contrat socle et qui nous engage, **vous** le souscripteur et **nous**, l'assureur. Nous sommes conjointement désignés dans vos **Conditions particulières**.

Ce contrat est régi par le Code des assurances. Notre autorité de contrôle est l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution, située 4 place de Budapest CS 92459,75436 Paris Cedex 09.

Votre contrat a pour objet de garantir le remboursement total ou partiel des dépenses de santé décrites dans les pages suivantes et réalisées entre la date de début et la date de fin de la garantie.

1.2. La durée de votre contrat

La date d'effet

Le contrat prend effet à la date indiquée dans vos **Conditions particulières**. Ce dernier est en vigueur jusqu'au 31 décembre de chaque année et est ensuite reconduit tous les 1er janvier par **accord tacite**.

Vous pouvez modifier votre contrat à tout moment. Les nouvelles conditions prennent alors effet le 1er janvier de l'année suivant notre accord, ou avant cette date d'un commun accord.

La résiliation

Vous, comme nous, pouvez résilier le présent contrat. Pour cela, une lettre recommandée doit être adressée à la partie concernée, au plus tard **2 mois** avant le terme annuel du contrat, le cachet de la poste faisant foi. Cette lettre doit donc être envoyée au plus tard le **31 octobre** pour que votre contrat cesse au 31 décembre à minuit.

La résiliation du contrat socle n° 226757140 entraîne la résiliation du présent contrat.

1.3. La révision de votre contrat

Une décision législative ou réglementaire peut entraîner une modification des conditions préexistantes de l'assurance ou de la portée de nos engagements. Dans ce cas, nous procédons à la révision de votre contrat. Jusqu'à la date d'effet de cette révision, les dispositions antérieures continuent de s'appliquer à votre contrat, sauf si les nouvelles dispositions sont d'ordre public et donc d'application immédiate.

Si nous n'arrivons pas à un accord sur cette révision, nous pourrions, vous comme nous, mettre fin à ce contrat, en dehors de la période de résiliation prévue ci-dessus, à la fin du trimestre civil suivant la date d'envoi d'une lettre recommandée.

1.4. Les cotisations

Le montant de la cotisation

Le taux de cotisation est indiqué dans vos Conditions particulières en pourcentage du plafond mensuel de la Sécurité sociale en vigueur au 1er janvier de chaque année d'assurance.

Tous impôts, contributions et taxes, auxquels votre contrat est ou sera assujéti, sont à votre charge et sont inclus dans la cotisation.

Indexation

L'évolution de la consommation médicale française étant plus rapide que celle du plafond annuel de la Sécurité sociale qui sert de base au calcul de votre cotisation, nous mettons en place une indexation annuelle de votre taux de cotisation à compter du 1er janvier de chaque année.

Cette indexation majore votre taux de cotisation dans le rapport de l'évolution de la consommation de soins et biens

médicaux (CSBM) et de l'évolution du plafond annuel de la Sécurité sociale.

■ L'évolution de la consommation de soins et biens médicaux retenue est la moyenne des deux derniers taux d'évolution de la consommation de soins et biens médicaux tels que recensés dans le rapport annuel des Comptes Nationaux de la Santé.

■ L'évolution du plafond annuel de la Sécurité sociale retenue est celle constatée entre les deux exercices précédant la date de majoration de votre taux de cotisation.

Les cotisations pourront également être revues en fonction des résultats techniques de votre périmètre de mutualisation et de tout élément de nature à modifier le risque assuré (démographie, dérive des prestations, évolution de la réglementation ou des remboursements des régimes obligatoires, etc.).

Vous êtes informé des nouveaux taux de cotisation au moins un mois avant le 1er janvier.

Les modalités de règlement des cotisations

■ Le règlement des cotisations

L'envoi mensuel de la déclaration sociale nominative (DSN) permet de payer la cotisation trimestriellement à l'échéance du trimestre garanti par prélèvement automatique selon les intentions de paiement accompagnant l'envoi des déclarations sociales nominatives. Avant le 1er prélèvement, une autorisation de prélèvement devra être signée afin que nous puissions effectuer ces prélèvements.

A défaut de demande de prélèvement, la cotisation est payable trimestriellement dans les 15 premiers jours suivant l'échéance du trimestre garanti.

■ En cas de non-règlement des cotisations

Vous êtes seul responsable du règlement des cotisations pour les salariés. S'il ne nous parvient pas dans les délais précisés ci-dessus, nous vous adressons une mise en demeure par lettre recommandée dont les conséquences sont les suivantes (article L. 113-3 du Code des assurances) :

- la suspension de votre garantie 30 jours après son envoi,

- la résiliation de votre contrat, sans autre avis, 10 jours plus tard, soit 40 jours après l'envoi de la lettre de mise en demeure.

Le règlement complet de votre cotisation doit nous parvenir avant l'expiration du délai de 40 jours. À défaut, le contrat sera résilié.

1.5. Ce que vous devez nous déclarer

À la mise en place du contrat, vous nous fournissez :

■ la liste des personnes bénéficiant du maintien des garanties en cas de rupture du contrat de travail ouvrant droit à prise en charge par le régime d'assurance chômage,

■ pour chaque adhérent, un bulletin individuel d'adhésion accompagné de la photocopie de l'attestation d'assurance maladie jointe à la carte vitale et d'un RIB, RIP ou RICE.

En cours de contrat, vous nous transmettez :

■ le bulletin individuel d'adhésion accompagné des informations ci-dessus pour tout nouvel arrivant dans le groupe assuré,

■ la déclaration de maintien en cas de rupture du contrat de travail ouvrant droit à prise en charge par le régime d'assurance chômage, pour toute nouvelle personne en bénéficiant,

■ dans les plus brefs délais et avant 30 jours, les informations relatives aux changements de situation de famille,

■ dans les plus brefs délais et avant 30 jours, les informations concernant les adhérents qui sortent du groupe assuré ; vous devez demander à l'adhérent l'attestation de tiers payant santé et nous la restituer, sauf en cas de maintien des garanties tel que prévu au chapitre "Les maintiens de garantie dont bénéficient vos salariés",

La liste nominative des salariés, leurs sexes, leurs dates de naissance, leurs dates de départ ou d'arrivée dans l'entreprise nous sont transmis grâce à l'envoi des DSN.

1.6. La mutualisation des opérations liées à votre contrat

Les prestations et les cotisations de votre contrat sont mutualisées avec celles des autres contrats santé souscrits auprès de l'assureur.

1.7. Les informations dues aux assurés

Vous êtes légalement tenu :

- de remettre aux assurés un exemplaire de la Notice d'information que nous vous fournissons. Y sont précisées, notamment, les garanties, les modalités d'entrée en vigueur des garanties ainsi que les formalités en cas de sinistre,
- d'informer ces assurés des éventuelles modifications apportées au contrat.

En cas de litige, il vous incombe d'apporter la preuve que vous avez remis cette notice d'information et que vous avez communiqué les éventuelles modifications aux assurés.

1.8. Les réclamations

En cas de réclamation

Indépendamment de votre droit d'engager une action en justice, si, après avoir contacté votre interlocuteur habituel ou votre service clients par téléphone ou par courrier, une incompréhension subsiste, vous pouvez faire appel au Service Relation Clientèle en écrivant à l'adresse suivante :

AXA Santé et Collectives
Direction Relations Clientèle
TSA 46 307
95901 Cergy Pontoise Cedex 9

en précisant le nom et le numéro de votre contrat ainsi que vos coordonnées complètes.

Votre situation sera étudiée avec le plus grand soin.

Les délais de traitement de votre réclamation sont les suivants : un accusé de réception vous sera adressé dans un délai de 10 jours et vous recevrez une réponse dans un délai de 60 jours (sauf survenance de circonstances particulières induisant un délai de traitement plus long, ce dont nous vous tiendrons informés).

Si aucune solution n'a été trouvée, dans un délai d'un an à compter de la date de réception de la réclamation écrite que vous nous avez adressée, vous pourrez faire appel au Médiateur, personnalité indépendante, en vous adressant à l'association La Médiation de l'Assurance à l'adresse suivante :

Par le site internet : mediation-assurance.org

Par courrier : La Médiation de l'Assurance - TSA 50110 - 75441 Paris Cedex 09

L'intervention du médiateur est gratuite.

Le Médiateur formulera un avis dans un délai de 90 jours à réception du dossier complet. Son avis ne s'impose pas et vous laissera toute liberté pour saisir éventuellement le Tribunal français compétent.

1.9. La prescription

Nous vous informons ci-après des conditions d'application de la prescription :

Conformément aux dispositions de l'article L 114-1 du Code des assurances, toutes actions dérivant d'un contrat d'assurance sont prescrites par 2 ans à compter de l'évènement qui y donne naissance.

Toutefois, ce délai ne court :

- 1. en cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, que du jour où l'assureur en a eu connaissance ;**
- 2. en cas de sinistre, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.**

Quand l'action de l'assuré contre l'assureur a pour cause le recours d'un tiers, le délai de prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre l'assuré ou a été indemnisé par ce dernier.

La prescription est portée à 10 ans dans les contrats d'assurance sur la vie lorsque le bénéficiaire est une personne distincte du souscripteur et, dans les contrats d'assurances contre les accidents atteignant les personnes, lorsque les bénéficiaires sont les ayants droit de l'assuré décédé.

Pour les contrats d'assurance sur la vie, nonobstant les dispositions du 2°, les actions du bénéficiaire sont prescrites au plus tard trente ans à compter du décès de l'assuré.

Conformément à l'article L 114-2 du Code des assurances, la prescription est interrompue par une des causes

ordinaires d'interruption de la prescription et par la désignation d'experts à la suite d'un sinistre. L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée ou d'un envoi recommandé électronique avec accusé de réception adressée par l'assureur à l'assuré en ce qui concerne l'action en paiement de la prime et par l'assuré à l'assureur en ce qui concerne le règlement de l'indemnité.

Les causes ordinaires d'interruption de la prescription auxquelles l'article L 114-2 du Code des assurances fait référence sont :

- la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait qui interrompt le délai de prescription (Article 2240 du Code civil).
- la demande en justice, même en référé, qui interrompt le délai de prescription ainsi que le délai de forclusion. Il en est de même lorsqu'elle est portée devant une juridiction incompétente ou lorsque l'acte de saisine de la juridiction est annulé par l'effet d'un vice de procédure (Article 2241 du Code civil).
- l'interruption résultant de la demande en justice produit ses effets jusqu'à l'extinction de l'instance (Article 2242 du Code civil).
- l'interruption est non avenue si le demandeur se désiste de sa demande ou laisse périmer l'instance, ou si sa demande est définitivement rejetée (Article 2243 du Code civil).
- le délai de prescription ou le délai de forclusion est également interrompu par une mesure conservatoire prise en application du Code des procédures civiles d'exécution ou un acte d'exécution forcée (Article 2244 du Code civil).
- l'interpellation faite à l'un des débiteurs solidaires par une demande en justice ou par un acte d'exécution forcée ou la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait interrompt le délai de prescription contre tous les autres, même contre leurs héritiers. En revanche, l'interpellation faite à l'un des héritiers d'un débiteur solidaire ou la reconnaissance de cet héritier n'interrompt pas le délai de prescription à l'égard des autres cohéritiers, même en cas de créance hypothécaire, si l'obligation est divisible. Cette interpellation ou cette reconnaissance n'interrompt le délai de prescription, à l'égard des autres codébiteurs, que pour la part dont cet héritier est tenu. Pour interrompre le délai de prescription pour le tout, à l'égard des autres codébiteurs, il faut l'interpellation faite à tous les héritiers du débiteur décédé ou la reconnaissance de tous ces héritiers (Article 2245 du Code civil).
- l'interpellation faite au débiteur principal ou sa reconnaissance interrompt le délai de prescription contre la caution (Article 2246 du Code civil).

Conformément à l'article L 114-3 du Code des Assurance, par dérogation à l'article 2254 du Code civil, les parties au contrat d'assurance ne peuvent, même d'un commun accord, ni modifier la durée de la prescription, ni ajouter aux causes de suspension ou d'interruption de celle-ci.

1.10. Les mesures restrictives définies par la réglementation française et internationale

Dans le cadre des mesures restrictives définies par la réglementation française et internationale, nous tenons à préciser que :

Nous, AXA, ne sommes pas réputés fournir une couverture de risques et nous ne serons pas responsables ni tenus de payer une indemnité ou de fournir des prestations en découlant dans la mesure où la fourniture d'une telle couverture, le paiement d'une telle réclamation ou la fourniture de ces prestations nous exposerait à une sanction, une interdiction ou une restriction en vertu des résolutions des Nations Unies ou à des sanctions, des lois ou des règlements à caractère économique ou commercial de l'Union européenne, du Royaume-Uni ou des États-Unis d'Amérique.

1.11. Les mesures de lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme

Dans le cadre des mesures de lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme, nous tenons à préciser que :

Nous, AXA, en notre qualité d'organisme financier, sommes soumis aux obligations légales de lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme issues principalement du code monétaire et financier (articles L561-1 et suivants du code monétaire et financier).

Afin de nous permettre de respecter ces obligations, vous vous engagez à nous remettre les éléments et justificatifs d'identification et de connaissance client qui vous sont relatifs ainsi que ceux concernant les assurés salariés. En vertu du principe de vigilance constante, l'ensemble de ces éléments devront être actualisés notamment au moment de la délivrance de la prestation au profit de l'assuré salarié.

Vous vous engagez par ailleurs à ce que les sommes qui sont ou seront versées par vos soins au titre de ce contrat ne proviennent pas d'une fraude fiscale ou de toute autre infraction passible d'une peine privative de liberté supérieure à un an et ne participent pas au financement du terrorisme.

En cas de non-respect de ces différentes obligations et dans les cas légalement prévus, nous réaliserons une déclaration de soupçon auprès de TRACFIN ou toute autre démarche auprès des autorités compétentes conformément à la réglementation susvisée.

2. Les dispositions relatives aux bénéficiaires

2.1. Les bénéficiaires de la garantie

L'assuré et ses ayants droit bénéficient de la garantie. Les ayants droit sont les membres de sa famille définis ci-après :

- Son conjoint non divorcé ni séparé judiciairement et bénéficiant d'un régime de Sécurité sociale,
 - Est assimilé au conjoint, dans le cas où la situation de l'ayant droit ne correspond pas à celle décrite ci-dessus, son partenaire lié par un Pacte civil de solidarité ou, à défaut, son concubin, s'il bénéficie d'un régime de Sécurité sociale. Selon le cas, une copie du Pacte civil de solidarité ou un justificatif de domicile commun devra nous être communiqué.
 - Le concubin doit répondre à la définition de l'article L. 515-8 du Code civil ; il ne doit être ni marié, ni lié par un Pacte civil de solidarité à un tiers.
- Ses enfants et ceux de son conjoint :
 - jusqu'à leur 18^e anniversaire, s'ils sont à sa charge (ou à celle de son conjoint) au sens de la Sécurité sociale,
 - jusqu'à leur 28^e anniversaire, s'ils sont affiliés à la Sécurité sociale et s'ils remplissent une des conditions suivantes :
 - ils suivent des études secondaires ou supérieures, ou une formation en alternance,
 - ils sont à la recherche d'un premier emploi, inscrits au Pôle Emploi et ont terminé leurs études depuis moins de 6 mois. Les enfants ayant suivi une formation en alternance et connaissant une période de chômage à l'issue de leur formation sont considérés comme primo-demandeurs d'emploi,
 - quel que soit leur âge, s'ils perçoivent une des allocations pour adultes handicapés (allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH) ou allocation pour adulte handicapé (AAH)), sous réserve que cette allocation leur ait été attribuée avant leur 21^{ème} anniversaire.

2.2. Les conditions d'adhésion au régime surcomplémentaire

Pour l'assuré

L'adhésion est obligatoire pour vos salariés, dès lors qu'ils bénéficient du contrat socle obligatoire.

La durée de la garantie de la surcomplémentaire

Le début de la garantie de la surcomplémentaire

L'assuré bénéficie de notre garantie :

- dès la date d'effet du contrat quand il est déjà membre du groupe,
- à la date de son entrée dans le groupe assuré quand il en devient membre après la date d'effet du contrat.

La fin de la garantie de la surcomplémentaire

L'assuré cesse de bénéficier de la garantie dès :

- qu'il sort du groupe assuré (notamment à la fin du dispositif de cumul emploi retraite),
- que son contrat de travail est rompu, sauf en cas de maintien tel que prévu au chapitre "Les maintiens de garantie dont bénéficient vos salariés",
- l'attribution de la pension vieillesse de la Sécurité sociale, sauf s'il bénéficie du dispositif de cumul emploi retraite, ou l'attribution de la pension pour inaptitude au travail,
- la résiliation de ce contrat.

En l'absence d'avenant d'extension, nous suspendons la garantie dans les cas de congés pendant lesquels le contrat de travail est suspendu, comme par exemple, le congé parental total d'éducation, le congé pour création d'entreprise, le congé sabbatique ou le congé individuel de formation.

Pour ses ayants droit

Pour adhérer au présent contrat, les ayants droit doivent bénéficier du contrat socle obligatoire. Le salarié doit alors compléter le bulletin individuel d'adhésion pour les mêmes ayants droit que ceux bénéficiant du contrat socle obligatoire.

3. Les dispositions relatives à la garantie frais de santé

Lorsqu'un bénéficiaire engage des dépenses de santé pour cause de maladie, de maternité ou d'accident, la garantie prévoit le versement de prestations définies aux Conditions particulières qui s'ajoutent aux remboursements de la Sécurité sociale et de tout autre organisme. Ces prestations sont versées sous déduction des prestations du contrat socle obligatoire, dans la limite des frais réels engagés.

Les prestations de remboursement des frais de santé ont un caractère indemnitaire. Nous pouvons donc exercer toute action contre les tiers responsables de la situation du bénéficiaire, pour recouvrer les sommes que nous avons engagées (article L. 131-2 du Code des assurances).

3.1. Nos remboursements de la garantie Frais de santé

Contrat "non responsable"

Compte tenu du choix des garanties, votre contrat n'est pas éligible au dispositif législatif relatif aux contrats d'assurance complémentaire de santé, dits « contrats responsables » (articles L 871-1 et L 160-13 du Code de la Sécurité sociale et décrets d'application).

Il ne prend, toutefois, pas en charge ni la majoration de la participation de l'assuré et les dépassements autorisés d'honoraires pour non-respect du parcours de soins ou refus d'accès au dossier médical, ni les participations forfaitaires (sauf celles prévues légalement sur certains actes tels que les actes lourds).

Les frais que nous prenons en charge

Nous remboursons les soins dont la date figurant sur le bordereau de la Sécurité sociale est comprise entre le début et la fin de la garantie. Nous remboursons également les prestations, non prises en charge par la sécurité sociale mais prévues dans les garanties du présent contrat, pour lesquelles la date indiquée sur la facture est comprise entre le début et la fin de la garantie.

Ainsi, nous prenons notamment en charge les frais suivants, réalisés entre la date de début et la date de fin de garantie :

HOSPITALISATION

- les frais de séjour, y compris les produits de la LPP (Liste des Produits et Prestations) facturables et les spécialités pharmaceutiques,
- les honoraires médicaux et chirurgicaux,
- le forfait actes lourds,
- le forfait journalier sans limitation de durée,
- la chambre particulière,
- le lit d'accompagnant d'un enfant de moins de 16 ans.

Nous prenons en charge les frais, exposés en établissement public ou privé, liés à une hospitalisation médicale ou chirurgicale ayant donné lieu à une intervention de la Sécurité sociale. Les frais exposés pour un traitement ou une surveillance particulière effectués dans le cadre de l'hospitalisation à domicile sont également pris en charge.

Les frais d'hospitalisation liés à un accouchement sont pris en charge à partir du 1er jour d'hospitalisation. En cas de césarienne, les frais (y compris les dépassements d'honoraires) sont pris en charge dès le 1er jour au titre de l'hospitalisation.

La prise en charge du lit d'accompagnant est limitée à 30 jours par an pour l'hébergement en maison de parents.

L'indemnisation :

- des soins de suite ou de réadaptation dans le cadre de séjours remboursés par la Sécurité sociale et consécutifs à une hospitalisation,
- des frais exposés en établissement privé pour maladie nerveuse ou mentale, est limitée à 30 jours par année civile et par bénéficiaire. Au-delà, nous garantissons le ticket modérateur.

MATERNITE

- Les frais d'accouchement (et des 5 premiers jours d'hospitalisation) d'une bénéficiaire de la garantie.

DENTAIRE

- les consultations et soins dentaires (y compris l'endodontie, les actes de prophylaxie et de prévention), la radiologie, la chirurgie et la parodontologie remboursée par la Sécurité sociale,
- les prothèses fixes, et appareils amovibles (y compris appareils transitoires et réparations) remboursés par la Sécurité sociale,
- l'orthodontie remboursée par la Sécurité sociale.

SOINS COURANTS

- les consultations des médecins généralistes et spécialistes, les visites, de même que les actes techniques médicaux et les actes de chirurgie qu'ils peuvent réaliser,
- les actes pratiqués par les auxiliaires médicaux (infirmiers, kinésithérapeutes, orthophonistes, orthoptistes),
- les examens médicaux (analyses biologiques, radiographies, actes d'imagerie, échographies et dopplers...),
- Médicaments non pris en charge par la Sécurité sociale, médicalement prescrits, figurant sur la liste des produits ayant une autorisation de mise sur le marché (AMM) de l'ANSM,
- Les appareillages et autres prothèses diverses : pansements, béquilles, prothèses mammaires, capillaires....

MEDECINES NON CONVENTIONNELLES

- Les consultations de médecine alternative effectuées par des praticiens reconnus par la Sécurité sociale, à savoir disposant d'un numéro de référencement ADELI, RPPS ou FINESS.

AIDES AUDITIVES

- les prothèses auditives.
- Les consommables, piles ou accessoires pris en charge par la Sécurité sociale.

AUTRES POSTES

- Cures thermales : les frais médicaux, les frais de séjour et les frais de transport pour la même durée que celle remboursée par la Sécurité sociale,
- Les frais de transport.

PRÉVENTION

- Les vaccins non remboursés par la Sécurité sociale et prescrits par un médecin dans les conditions prévues par leur autorisation de mise sur le marché,
- Les actes de prévention tels que prévus par l'article R 871-2 du Code de la Sécurité sociale,
- Une consultation prescrite par un médecin chez un diététicien par enfant de moins de 12 ans,
- 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, par année civile et par bénéficiaire, à hauteur de 200 euros. 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,
- Les connecteurs Bluetooth aux stylos à insuline et aux glucomètres, sur prescription médicale.

OPTIQUE

- la monture,
- les verres,
- les lentilles de contact correctrices remboursées par la Sécurité sociale,
- l'opération de la myopie et de l'hypermétropie par laser remboursée ou non par la Sécurité sociale.

EXCLUSIONS

- Nous ne prenons pas en charge les frais ayant fait l'objet d'un refus administratif de la Sécurité sociale.
- Les dépassements d'honoraires ou frais excédant les bases de remboursement de la Sécurité sociale sont pris en charge s'ils figurent sur le décompte de cette dernière, sauf s'ils concernent des interdictions de prise en charge du «contrat responsable».
- Si vous consultez un médecin non conventionné avec la Sécurité sociale, nous appliquons la garantie sur le tarif d'autorité.

3.2. Les documents nécessaires au remboursement

En cas de télétransmission entre la Sécurité sociale et nous, l'assuré n'a pas à nous transmettre ses décomptes de la Sécurité sociale.

LES PRESTATIONS

LES DOCUMENTS A NOUS TRANSMETTRE

HOSPITALISATION

Selon la facturation dont relève l'établissement :

- Le bordereau de facturation destiné à l'assurance maladie complémentaire,
- La facture acquittée et détaillée (*),
- L'avis des sommes à payer, accompagné de l'attestation de paiement

Dans tous les cas, les notes de dépassement d'honoraires (*).

LES PRESTATIONS	LES DOCUMENTS A NOUS TRANSMETTRE
MATERNITE	
	<p>Une copie de l'acte de naissance de l'enfant</p> <p>L'attestation de Sécurité sociale de l'assuré mentionnant le rattachement de l'enfant</p> <p>Si forfait limité aux frais réels ou chambre particulière et selon la facturation dont relève l'établissement :</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Le bordereau de facturation destiné à l'assurance maladie complémentaire, ■ La facture acquittée et détaillée (*), ■ L'avis des sommes à payer, accompagné de l'attestation de paiement ■ Dans tous les cas, les notes de dépassement d'honoraires (*)
Forfait adoption	La copie du jugement d'adoption plénière
Assistance Médicale à la Procréation	La prescription médicale et la facture acquittée et détaillée (*)
DENTAIRE	
	Le décompte de la Sécurité sociale (*)
Pour les prothèses ou actes de parodontologie	La facture acquittée et détaillée de tous les actes mentionnant en particulier le numéro des dents soignées (*)
Pour les actes inférieurs à 800 euros (2000 euros pour les implants)	Les pièces numérisées sont acceptées
Pour les actes effectués dans le réseau des partenaires	Une demande de prise en charge
SOINS COURANTS	
Honoraires médicaux	Le décompte de la Sécurité sociale et la facture acquittée et détaillée (*)
Les médicaments remboursés par la Sécurité sociale	
Les moyens de contraception féminine non remboursés par la Sécurité sociale et prescrits par un médecin	La prescription médicale et la facture acquittée et détaillée (*)
Les médicaments non remboursés par la Sécurité sociale et prescrits par un médecin	
LES APPAREILLAGES ET AUTRES PROTHESES DIVERSES (AUTRES QUE LES PROTHESES DENTAIRES ET AUDITIVES)	
	Le décompte de la Sécurité sociale (*)
En cas de dépassement du tarif de la Sécurité sociale	La facture acquittée et détaillée
MEDECINE NON CONVENTIONNELLE	
	La facture acquittée et détaillée avec le n° ADELI, le n° RPPS ou le n° FINESS du praticien (*)
AIDES AUDITIVES	
	Le décompte de la Sécurité sociale (*)
En cas de dépassement du tarif de la Sécurité sociale	La facture acquittée et détaillée
Pour les dispositifs achetés au sein du réseau de partenaires	
AUTRES POSTES	
Frais de transport	Le décompte de la Sécurité sociale (*)
Cures thermales	Les factures acquittées et détaillées
Frais d'obsèques	Une copie de l'acte de décès et la facture détaillée des frais d'obsèques

LES PRESTATIONS	LES DOCUMENTS A NOUS TRANSMETTRE
PREVENTION	
Les actes de prévention	Le décompte de la Sécurité sociale (*)
Vaccins non remboursés par la Sécurité sociale et prescrits par un médecin Consultation, prescrite par un médecin, chez un diététicien pour un enfant de moins de 12 ans	La prescription médicale et la facture acquittée et détaillée (*)
Test HPV Les substitutifs nicotiniques	Le décompte de la Sécurité sociale ou la facture acquittée et détaillée s'il n'a pas été remboursé par la Sécurité sociale (*)
Les séances d'activité en cas d'affection longue durée	La prescription du médecin traitant mentionnant « Activité physique adaptée » et l'original de la facture.
Les connecteurs Bluetooth aux stylos à insuline et aux glucomètres	La prescription médicale et la facture acquittée et détaillée (*)
OPTIQUE	
	Le décompte de la Sécurité sociale (*)
Pour les lunettes ou l'implant intraoculaire multifocal	La facture acquittée et détaillée mentionnant la correction visuelle et le type de verre (*)
Pour les dispositifs achetés au sein du réseau de partenaires	Une demande de prise en charge
Pour les lentilles	L'original de la prescription médicale datant de moins de 2 ans (ou une photocopie en cas de renouvellement) pour les lentilles qui ne sont pas remboursées par la Sécurité sociale et la facture acquittée et détaillée (*)
Pour l'opération de l'œil	La facture acquittée et détaillée (*)
Pour les actes inférieurs à 600 euros (300 euros pour les lentilles)	Les pièces numérisées sont acceptées

(*) Vous pouvez nous communiquer l'original ou une copie du document.

Quelques informations supplémentaires

Nous conserverons les pièces justificatives transmises.

A défaut des pièces justificatives, nous considérons que les dépenses réelles n'ont pas excédé le tarif de la Sécurité sociale.

La facture doit comporter la **mention " acquittée "** et détailler les prestations, le **prix** et la **date** à laquelle ces prestations ont été réalisées.

Nous pouvons demander à l'assuré, si besoin, toute autre pièce ou effectuer tout contrôle nécessaire à l'application de la garantie et, notamment, la preuve de la qualité d'ayant droit de l'assuré.

Les demandes de prestations doivent, sous peine de déchéance, et sauf cas de force majeure, être adressées dans les 24 mois suivant la date des soins.

4. Les maintiens de garantie dont bénéficient vos salariés

4.1. Maintien des garanties en cas de rupture du contrat de travail ouvrant droit à prise en charge par le régime d'assurance chômage

Bénéficiaires du maintien

Nous maintenons les garanties du contrat aux anciens salariés appartenant au groupe assuré, en cas de rupture du contrat de travail ouvrant droit à prise en charge par le régime d'assurance chômage, selon les dispositions suivantes.

Peuvent bénéficier du présent maintien les anciens salariés, déclarés selon les modalités de l'article "Ce que vous devez nous déclarer", qui justifient d'une prise en charge par le régime d'assurance chômage.

Nous n'accordons pas le maintien :

- en cas de licenciement pour faute lourde,
- si les droits à couverture complémentaire n'étaient pas ouverts au salarié au jour de la rupture de son contrat de travail.

Formalités et durée du maintien

Nous maintenons les garanties du contrat à compter du lendemain de la rupture du contrat de travail, pour une durée maximale égale à la durée du dernier contrat de travail, appréciée en mois entiers, telle que vous l'aurez déclarée, dans la limite de 12 mois.

Le maintien des garanties cesse à la survenance du premier de ces événements :

- au terme de la durée maximale de 12 mois prévue ci-dessus,
- au jour où le bénéficiaire trouve un nouvel emploi ou liquide ses droits à pension de retraite,
- à la date de résiliation du contrat.

Les bénéficiaires du présent maintien de garantie pourront demander, dans les 6 mois qui suivent l'expiration du maintien au titre du présent chapitre, à bénéficier des possibilités qui leur sont offertes par l'article 4 de la Loi Evin du 31 décembre 1989.

Modalités d'information

Vous devez indiquer le bénéfice du maintien des garanties Frais de santé à votre salarié dans son certificat de travail. Puis vous nous remettez la déclaration de maintien complétée et signée, et vous en donnez une copie à votre salarié.

En revanche, il appartient au salarié de nous justifier directement ses droits à indemnisation du chômage pour bénéficier du présent maintien. Aussi, nous nous réservons la possibilité de conditionner le versement des prestations à la justification de sa prise en charge par le régime d'assurance chômage. Nous pouvons donc suspendre le versement des prestations jusqu'à ce qu'il nous transmette le justificatif demandé.

En tout état de cause, il s'engage à nous déclarer dans les meilleurs délais, sa reprise du travail ou la liquidation de ses droits à pension de retraite. À défaut, il s'expose au remboursement d'éventuelles sommes versées à tort.

L'étendue des garanties

Les garanties sont celles prévues pour les salariés en activité.

Vos anciens salariés bénéficiant de ce maintien conservent le même niveau de garantie qu'au jour de la rupture de leur contrat de travail.

Cotisation

Ce maintien de garantie est accordé sans contrepartie de cotisation.

4.2. Maintien des garanties conforme à l'article 4 de la loi Evin n°89-1009 du 31 décembre 1989

Bénéficiaires du maintien

Nous proposons aux anciens salariés une assurance à adhésion facultative afin de leur permettre de bénéficier d'un maintien de leurs garanties Frais de santé.

Peuvent souscrire les anciens salariés :

- lorsqu'ils sont en incapacité ou en invalidité et indemnisés comme tel par la Sécurité sociale,
- au moment de leur départ en préretraite ou à la retraite,
- lorsqu'ils sont privés d'emploi et bénéficiaire d'un revenu de remplacement,

Peuvent également souscrire les ayants droit d'un salarié en cas de décès de celui-ci.

Formalités et durée du maintien

Les anciens salariés doivent nous faire la demande d'adhésion dans les 6 mois qui suivent la rupture de leur contrat de travail ou, le cas échéant, dans les 6 mois qui suivent la fin du maintien de garantie prévu à l'article ci-dessus.

Nous adressons la proposition de maintien de la couverture à ces anciens salariés au plus tard dans le délai de 2 mois à compter de la date de la cessation du contrat de travail ou de la fin de la période du maintien des garanties à titre temporaire. La garantie prend effet au lendemain de leur demande.

En cas de décès d'un de vos salariés, vous êtes tenus de nous en informer dans les meilleurs délais afin que nous puissions proposer à ses ayants droit (tels que définis à l'article "Les bénéficiaires de la garantie") au plus tard dans 2 mois qui suivent le décès, le maintien de leur couverture.

Pour bénéficier de ce maintien de garantie pendant 12 mois, les ayants droits doivent en faire la demande dans les 2 mois qui suivent le décès.

Cette assurance à adhésion facultative prend effet au plus tard le lendemain de la demande et est accordée sans délai d'attente, ni questionnaire médical.

Cotisation

Conformément au décret n° 2017-372 du 21 mars 2017 modifiant le décret n° 90-769 du 30 août 1990, les tarifs applicables sont plafonnés progressivement à compter de la date d'adhésion, selon les modalités suivantes :

1. La première année, les tarifs ne peuvent être supérieurs aux tarifs globaux applicables aux salariés actifs ;
2. La deuxième année, les tarifs ne peuvent être supérieurs de plus de 25 % aux tarifs globaux applicables aux salariés actifs ;
3. La troisième année, les tarifs ne peuvent être supérieurs de plus de 50 % aux tarifs globaux applicables aux salariés actifs.

5. Définitions

5.1. Définitions générales à votre contrat

Accord tacite

Le contrat est reconduit automatiquement d'une période à une autre si aucune des parties ne se manifeste...

Actes d'imagerie

L'imagerie médicale est utilisée à des fins cliniques afin de pouvoir proposer un diagnostic ou un traitement.

Il existe plusieurs techniques d'imagerie médicale : radiologie, échographie, Imagerie par Résonance Magnétique (IRM), endoscopie, scanner, laser...

Assuré

Salarié du groupe assuré.

Analyses biologiques

Ensemble des examens (prélèvements, analyses...), généralement réalisés par un laboratoire d'analyses de biologie médicale. La plupart des actes de biologie médicale est remboursée par l'assurance maladie obligatoire.

Appareillage

Biens médicaux figurant sur la Liste des Produits et Prestations (LPP) remboursables par l'assurance maladie obligatoire. Il s'agit notamment de matériels d'aides à la vie ou nécessaires à certains traitements : pansements, orthèses, attelles, prothèses externes, fauteuils roulants, lits médicaux, béquilles, etc. La plupart des complémentaires santé distinguent les équipements d'optique et les prothèses auditives du reste de l'appareillage.

Assureur

Société d'assurance qui garantit le risque souscrit. Il est le plus souvent désigné par « nous » dans les Conditions générales.

Auxiliaires médicaux

Professionnels paramédicaux - à savoir principalement les infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, orthophonistes, orthoptistes, pédicures-podologues... - dont les actes sont remboursés, sous certaines conditions, par l'assurance maladie obligatoire.

Avis d'échéance de cotisation

Document qui vous indique le montant de votre cotisation à payer ou qui vous permet de le calculer.

Ayants droit

Membres de la famille du bénéficiaire définis au paragraphe "Les bénéficiaires de la garantie" des Conditions générales.

Base de remboursement

Tarif servant de référence à l'assurance maladie obligatoire pour déterminer le montant de son remboursement. Le prix facturé au patient peut, dans certaines situations, être supérieur à la base de remboursement. Exemple : consultation réalisée par un médecin de secteur 2.

On parle de :

- Tarif de convention (TC) lorsque les actes sont effectués par un professionnel de santé conventionné avec l'assurance maladie obligatoire. Il s'agit d'un tarif fixé par une convention signée entre l'assurance maladie obligatoire et les représentants de cette profession.

- Tarif d'autorité (TA) lorsque les actes sont effectués par un professionnel de santé non conventionné avec l'assurance maladie obligatoire (ce qui est peu fréquent). Il s'agit d'un tarif forfaitaire qui sert de base de remboursement. Il est très inférieur au tarif de convention.
- Tarif de responsabilité (TR) pour les médicaments, appareillages et autres biens médicaux.

Bénéficiaires

Personne qui bénéficie des garanties de la complémentaire santé : L'assuré et ses ayants droit.

Chambre particulière

Cette prestation, proposée par les établissements de santé, permet à un patient hospitalisé d'être hébergé dans une chambre individuelle (pour une personne).

La chambre individuelle est facturable au patient lorsqu'il demande expressément à être hébergé en chambre individuelle. La chambre individuelle n'est pas facturable lorsque la prescription médicale impose l'isolement, comme par exemple dans un établissement psychiatrique ou de soins de suite.

Une chambre particulière peut être facturée à l'occasion d'une hospitalisation ambulatoire.

Le coût de la chambre individuelle varie selon les établissements et les services. Il peut être remboursé par l'assurance maladie complémentaire.

Compensation

Mécanisme de mutualisation des contrats d'assurance.

Consommation de soins et de biens médicaux (CSBM)

Indice macroéconomique.

Consultation médicale

C'est l'examen physique et/ou mental d'un patient par un médecin généraliste ou spécialiste, un chirurgien-dentiste ou une sage-femme, généralement effectué au cabinet du professionnel de santé, en centre de santé ou au sein d'un établissement de santé, ou à distance, dans le cadre d'une téléconsultation.

Contrat « responsable »

Votre contrat est émis dans le cadre du dispositif législatif et réglementaire relatif aux contrats d'assurance complémentaire de santé, dits « contrats responsables », conformément aux articles L 871-1, R871-1 et R871-2 du Code de la Sécurité sociale et est conforme aux dispositions de la réforme du « 100% santé », instituée par la Loi 2018-1203 du 22 décembre 2018 de financement de la Sécurité sociale pour 2019. En conséquence :

Il prend en charge :

- l'intégralité de la participation de l'assuré sur les tarifs de prise en charge par l'assurance maladie obligatoire pour l'ensemble des dépenses de santé, et éventuellement pour les frais de cure thermale, les médicaments dont le service médical rendu a été classé faible ou modéré,
- l'intégralité du forfait journalier des établissements hospitaliers sans limitation de durée,
- l'intégralité des dépenses sans reste à charge pour l'assuré pour certains équipements d'optique, d'aides auditives et de soins prothétiques dentaires respectant les plafonds des Prix Limites de Vente conventionnels. La mise en place de cette prise en charge se fait progressivement selon le calendrier réglementaire.

Il ne prend pas en charge :

- les dépassements d'honoraires des médecins non adhérents à l'un des DPTAM (Dispositifs de Pratique Tarifaire Maîtrisés) au-delà de la limite fixée par décret,
- la majoration de la participation de l'assuré et les dépassements autorisés d'honoraires pour non-respect du parcours de soins ou refus d'accès au dossier médical, ni les participations forfaitaires (sauf celles prévues légalement sur certains actes tels que les actes lourds),
- les dépassements des plafonds des Prix Limites de Vente des équipements d'optique, d'aides auditives et de soins prothétiques dentaires respectant ces plafonds, lorsque le professionnel de santé ne respecte pas ses engagements conventionnels.

Il respecte les obligations et interdictions de prise en charge définies dans ce cadre législatif et réglementaire. Les garanties du contrat sont automatiquement adaptées en cas de modifications de celles-ci. Il permet également aux salariés de l'entreprise adhérente, et à leurs ayants droits le cas échéant, de bénéficier du tiers-payant au minimum à hauteur des tarifs de responsabilité avec les professionnels de santé qui le pratiquent.

En outre, le présent contrat :

- respecte le niveau minimum des garanties d'assurance complémentaire santé défini à l'article L 911-7 du code de la Sécurité Sociale,
- reprend l'ensemble des libellés normés et des exemples de remboursement en euros, conformément à l'engagement sur la lisibilité des garanties pris par les assureurs complémentaires envers les pouvoirs publics.

Conventionné / non conventionné

Situation des professionnels de santé et des structures de soins au regard de l'assurance maladie obligatoire.

Les frais pris en charge par l'assurance maladie obligatoire varient selon que le prestataire des soins (professionnel ou établissement de santé) ait passé ou non une convention avec l'assurance maladie obligatoire.

1. Professionnels de santé

Les professionnels de santé sont dits « conventionnés » lorsqu'ils ont adhéré à la convention nationale conclue entre l'assurance maladie obligatoire et les représentants de leur profession. Ces conventions nationales fixent notamment les tarifs applicables par ces professionnels. On parle alors de tarif de convention. Le tarif de convention est opposable, c'est-à-dire que le professionnel de santé s'engage à le respecter.

Les honoraires des professionnels de santé conventionnés sont remboursés par l'assurance maladie obligatoire sur la base du tarif de convention.

Toutefois, les médecins conventionnés de « secteur 2 » sont autorisés à facturer avec « tact et mesure » des dépassements d'honoraires sur les tarifs de convention. Cette possibilité de facturer des dépassements est aussi accordée aux chirurgiens-dentistes sur les tarifs des prothèses dentaires. De manière générale, les professionnels de santé ne doivent pas facturer des dépassements d'honoraires aux bénéficiaires de la CMU-Complémentaire.

Les professionnels de santé « non conventionnés » (qui n'ont pas adhéré à la convention nationale conclue entre l'assurance maladie obligatoire et les représentants de leur profession ou qui en ont été exclus) fixent eux-mêmes leurs tarifs. Les actes qu'ils effectuent sont remboursés sur la base d'un tarif dit « d'autorité », très inférieur au tarif de convention. Les professionnels de santé non conventionnés sont très peu nombreux.

2. Etablissements de santé

Les frais pris en charge par l'assurance maladie obligatoire dans le cadre d'une hospitalisation varient selon que l'établissement ait passé ou non un contrat avec l'Agence Régionale de Santé compétente. Dans un établissement de santé privé qui n'a pas passé de contrat avec une Agence Régionale de Santé, les frais à la charge du patient sont plus importants.

Cure thermique

Séjour dans un centre thermal afin de traiter certaines affections. Les cures thermales sont remboursées par l'assurance maladie obligatoire sous certaines conditions. Elles doivent notamment être prescrites par un médecin.

Déclaration Sociale Nominative (DSN)

Fichier mensuel produit par l'entreprise à partir des éléments de rémunération, qui permet de communiquer aux organismes et administrations concernées les informations nécessaires à la gestion de la protection sociale des salariés.

Dépassement d'honoraires

Part des honoraires qui se situe au-delà de la base de remboursement de l'assurance maladie obligatoire et qui n'est jamais remboursée par cette dernière.

Un professionnel de santé doit fixer le montant de ses dépassements d'honoraires « avec tact et mesure », et en informer préalablement son patient.

La complémentaire santé peut prendre en charge tout ou partie de ces dépassements, si ses garanties le prévoient.

Disposition dérogatoire

Disposition qui constitue une exception dans l'application d'une règle.

DPTAM : Dispositifs de Pratique Tarifaire Maitrisée

Contrat conclu entre l'assurance maladie et les médecins éligibles visant à encadrer les dépassements pratiqués en échange de certains avantages (allègement des cotisations sociales, meilleure revalorisation de certains actes techniques).

Établissement de santé

Structure délivrant des soins avec hébergement ou sous forme ambulatoire ou à domicile.

Forfait actes lourds

Participation forfaitaire de 24€ à la charge de l'assuré qui s'applique sur les actes pratiqués en ville ou en établissement de santé dont le tarif est égal ou supérieur à un montant fixé par l'Etat (120 € en 2017), ou dont le coefficient (multiplicateur utilisé par l'assurance maladie obligatoire pour calculer le tarif de cet acte) est égal ou supérieur à 60.

Certains actes ne sont pas concernés par le forfait à 24 € (radiodiagnostic, IRM, frais de transport d'urgence, actes pris en charge à 100 % du fait d'une affection longue durée). Ce forfait est pris en charge, en général, par la Complémentaire santé.

Forfait journalier hospitalier

Il s'agit de la somme due pour tout séjour hospitalier d'une durée supérieure à 24 heures dans un établissement de santé (ou pour les séjours inférieurs à 24 heures si le patient est présent dans l'établissement à minuit).

Il s'agit d'une participation forfaitaire du patient aux frais d'hébergement et d'entretien entraînés par son hospitalisation. Au 1er janvier 2018, son montant est de 20 euros par jour pour un séjour hospitalier en médecine, chirurgie ou obstétrique. Il est de 15 euros par jour pour un séjour en psychiatrie.

Ce forfait n'est pas remboursé par l'assurance maladie obligatoire, mais il est pris en charge par l'assurance maladie complémentaire lorsque la garantie proposée par la complémentaire santé est responsable.

Certains patients en sont dispensés (personnes hospitalisées à la suite d'un accident du travail ou pour une maladie professionnelle, personnes soignées dans le cadre d'une hospitalisation à domicile, femmes au cours des derniers mois de leur grossesse, etc.).

Frais de séjour

Ce sont les frais facturés par un établissement de santé pour couvrir les coûts du séjour, c'est-à-dire l'ensemble des services mis à la disposition du patient : plateau technique, personnel soignant, médicaments, examens de laboratoire, produits sanguins, prothèses...

En fonction du statut de l'établissement, ces frais de séjour peuvent ne pas inclure les honoraires médicaux et paramédicaux, qui seront alors facturés à part.

Les frais de séjour sont pris en charge par l'assurance maladie obligatoire au taux de 80% (ou de 100% dans certains cas : actes coûteux notamment), le ticket modérateur (les 20% restant) étant systématiquement remboursé par l'assurance maladie complémentaire lorsque la couverture complémentaire santé est responsable.

Frais réels

Montant total des dépenses engagées par une personne pour ses prestations de santé.

Franchise médicale

C'est la somme déduite des remboursements effectués par l'assurance maladie obligatoire sur les médicaments, les actes paramédicaux et les transports sanitaires.

Son montant est de :

- 0,50 € par boîte de médicaments,

- 0,50 € par acte paramédical,
- 2 € par transport sanitaire.

La franchise est plafonnée à 50 € par an pour l'ensemble des actes et/ou prestations concernés. Un plafond journalier a également été mis en place pour les actes paramédicaux et les transports sanitaires : pas plus de 2 € par jour sur les actes paramédicaux et pas plus de 4 € par jour pour les transports sanitaires.

Certaines personnes en sont exonérées : jeunes de moins de 18 ans, bénéficiaires de la CMU-C, de l'ACS et de l'Aide Médicale de l'Etat, femmes enceintes (du 1er jour du 6ème mois de grossesse et jusqu'au 12ème jour après l'accouchement), les jeunes filles mineures âgées d'au moins 15 ans pour la contraception et la contraception d'urgence, les victimes d'un acte de terrorisme pour les frais de santé en rapport avec cet évènement.

Les franchises ne sont pas remboursées par les contrats de complémentaire santé « responsables », sinon le contrat est requalifié en « non responsable ».

Garantie Frais de santé facultative

Désigne les garanties complémentaires proposées au titre de l'option.

Groupe assuré

Renvoie à la totalité des salariés pour lesquels le contrat frais de santé est conclu. Il est défini aux Conditions particulières.

Hospitalisation

L'hospitalisation désigne généralement un séjour dans un établissement de santé en vue du traitement médical d'une maladie, d'un accident ou d'une maternité.

L'hospitalisation ambulatoire recouvre les séjours sans nuitée tant pour de la chirurgie que pour des actes de médecine (dialyse, ...)

L'hospitalisation à domicile (HAD) constitue une alternative à l'hospitalisation classique, et permet d'assurer des soins chez le patient.

Implantologie dentaire

L'implantologie dentaire vise à remplacer une ou plusieurs dents manquantes en mettant en place une ou des racines artificielles (en général sous forme de vis) dans l'os de la mâchoire, sur lesquelles on fixe une prothèse.

L'implantologie n'est pas remboursée par l'assurance maladie obligatoire, mais peut en revanche être prise en charge par certaines complémentaires santé.

Le chirurgien-dentiste est tenu de remettre un devis avant de poser un implant. Ce devis doit comporter le prix d'achat de chaque élément de l'implant et le prix des prestations associées à sa pose.

Indexation

Mesure contractuelle prévoyant la prise en compte d'une variation automatique de la cotisation en fonction de l'évolution d'une donnée économique.

Lentilles

Les lentilles de contact sont des verres correcteurs posés sur la cornée. L'assurance maladie obligatoire ne rembourse les lentilles de contact que pour certains défauts visuels. Elles peuvent être prises en charge par certaines complémentaires santé.

Lit d'accompagnant

Lit mis à disposition d'une personne qui accompagne un patient hospitalisé et reste auprès de lui le temps de l'hospitalisation (par exemple, un parent en cas d'hospitalisation de l'enfant).

Ces frais facturés par l'hôpital ou la clinique ne sont pas remboursés par l'assurance maladie obligatoire, mais peuvent en revanche être pris en charge par certaines complémentaires santé.

LPP

Liste des Produits et Prestations, comprenant entre autres les appareillages et l'optique.

Lunettes

Les lunettes sont composées d'une monture et de deux verres. Elles permettent de corriger la plupart des problèmes de vue (myopie, hypermétropie, astigmatisme, presbytie). Le prix des verres varie selon sa nature et sa puissance (verres unifocaux ou multifocaux, verres progressifs), la qualité et les traitements appliqués aux verres (verres amincis, traitement antireflets ou anti-rayures, verres incassables...).

Pour certaines prestations d'optique, l'assurance maladie complémentaire rembourse, au-delà de la base de remboursement de l'assurance maladie obligatoire, l'intégralité des dépenses, permettant ainsi à l'adhérent ou assuré de ne plus avoir de frais restant à sa charge.

Mandataire social

Personne physique mandatée par une personne morale (société, entreprise, association...). Il porte le titre de gérant (SARL, EURL) ou de président directeur général ou de directeur général (SA) et représente celui qui l'a mandaté dans tous les actes liés à la gestion de l'organisation qui lui a été déléguée.

Médecin traitant

C'est un médecin généraliste ou spécialiste hospitalier ou libéral, désigné par le patient auprès de sa caisse d'assurance maladie obligatoire.

Il coordonne les soins et s'assure que le suivi médical est optimal ;

Il oriente dans le parcours de soins coordonnés : il informe l'assuré et le met, si besoin, en relation avec d'autres professionnels de santé (médecins spécialistes, médecins hospitaliers, etc.) ;

Il établit, si l'assuré est atteint d'une affection de longue durée, le protocole de soins en concertation avec les autres médecins qui suivent cette maladie, et est ainsi garant de la bonne information de son patient sur les actes et les prestations nécessaires et pris en charge intégralement par l'assurance maladie obligatoire. ;

Il connaît et gère le dossier médical, et a notamment un accès privilégié au dossier médical partagé. Il centralise toutes les informations concernant les soins et l'état de santé de son patient. Il tient à jour le dossier médical (résultats d'examens, diagnostics, traitements, etc.).

Il assure une prévention personnalisée et conseille les éventuels dépistages : suivi de la vaccination, examens de dépistage organisés (ex : dépistage du cancer colorectal), aide à l'arrêt du tabac, conseils nutrition, en fonction de votre style de vie, de votre âge ou de vos antécédents familiaux.

Médiateur

Personne qui tente d'obtenir une solution transactionnelle dans un différend qui oppose deux autres personnes.

Médicaments

Les médicaments disponibles en pharmacie sont classés en catégories correspondant à différents niveaux de prise en charge.

Il existe quatre taux de remboursement des médicaments :

- 100% pour les médicaments reconnus comme irremplaçables et coûteux ;
- 65% pour les médicaments dont le service médical rendu est majeur ou important ;
- 30% pour les médicaments dont le service médical rendu est modéré, les médicaments homéopathiques et certaines préparations magistrales,
- 15% pour les médicaments à service médical rendu faible.

Les montants et taux de remboursement sont communiqués par le pharmacien lors de la délivrance. Ils sont inscrits sur la facture remise par le pharmacien.

Les médicaments relevant d'une prise en charge par l'assurance maladie obligatoire, ont un prix fixé par le Comité économique des produits de santé (CEPS).

Certains médicaments ne peuvent être délivrés que sur prescription médicale. D'autres peuvent être délivrés par votre pharmacien sans prescription (médicaments dits à « prescription médicale facultative »). L'assurance maladie obligatoire ne rembourse que les médicaments ayant fait l'objet d'une prescription médicale. L'assurance maladie complémentaire peut prendre en charge des médicaments sans prescription médicale.

Les prix des médicaments non remboursables par l'assurance maladie obligatoire sont libres et peuvent varier d'une pharmacie à l'autre.

Médicaments prescrits non pris en charge par la Sécurité sociale

Médicaments non pris en charge par la Sécurité sociale, médicalement prescrits, figurant sur la liste des produits ayant une autorisation de mise sur le marché (AMM) de l'Agence Nationale de Sécurité du Médicament (ANSM).

Notice d'information

Document qui permet à l'assuré de connaître le fonctionnement du contrat d'assurance, en particulier des garanties.

Ordonnance

Document délivré par un médecin et sur lequel figurent ses prescriptions.

Les prescriptions peuvent concerner la délivrance de produits de santé (médicaments, dispositifs médicaux) ou la réalisation d'actes de soins par d'autres professionnels de santé (autre médecin, pharmacien, auxiliaire médical...).

La production de ce document est indispensable pour la délivrance de ces produits de santé ou la réalisation de ces actes, et à leur remboursement par l'assurance maladie obligatoire.

Orthodontie

Discipline médicale pratiquée par les médecins stomatologues ou les chirurgiens-dentistes. Elle vise à corriger ou à prévenir les déformations et les malocclusions des arcades dentaires, ainsi que les malpositions dentaires (les dents qui se chevauchent, qui sortent mal, qui sont mal placées ou trop espacées...), grâce à des appareils dentaires.

L'assurance maladie obligatoire prend partiellement en charge le traitement des enfants de moins de 16 ans. Ses remboursements ne permettent pas de couvrir l'intégralité des frais d'un traitement d'orthodontie, d'autant plus que les dépassements sont fréquents.

Parcours de soins coordonné

Circuit que les patients doivent respecter pour bénéficier d'un suivi médical coordonné, personnalisé et être remboursés normalement. Organisé autour du médecin traitant, il concerne tous les bénéficiaires de l'assurance maladie obligatoire âgés de plus de 16 ans.

Est considérée comme étant dans le parcours de soins coordonnés une personne qui :

- a déclaré un médecin traitant auprès de l'assurance maladie obligatoire et consulte celui-ci (ou son remplaçant) en première intention,
- consulte un autre médecin, appelé « médecin correspondant », auquel elle a été adressée par son médecin traitant.

Une personne est considérée comme étant toujours dans le parcours de soins même si, se trouvant dans un cas d'urgence et/ou d'éloignement géographique, elle n'a pas consulté préalablement son médecin traitant.

De même, pour certains soins, les gynécologues, ophtalmologues et stomatologues, ainsi que les psychiatres ou neuropsychiatres pour les patients entre 16 et 25 ans, peuvent être consultés directement, sans passer par le médecin traitant. On parle alors d'accès direct autorisé.

Lorsqu'une personne est en dehors du parcours de soins, le remboursement de l'assurance maladie obligatoire est diminué et, dans la plupart des cas, l'assurance maladie complémentaire ne prend pas en charge la différence.

Parodontologie

Il s'agit d'une discipline visant au traitement des maladies parodontales qui sont des infections bactériennes qui affectent et détruisent les tissus qui entourent et supportent les dents (la gencive, les ligaments, l'os qui supporte les dents...)

Le traitement de parodontologie vise à rétablir et à maintenir la santé de ces tissus et donne lieu à différents actes tels que:

- l'apprentissage d'une hygiène bucco-dentaire rigoureuse ;
- l'élimination des causes d'infection (détartrage des racines...);
- le traitement chirurgical parodontal (greffe) si les tissus sont détruits ;
- le contrôle périodique du patient.

L'assurance maladie obligatoire ne rembourse qu'une faible partie de ces traitements selon certaines conditions médicales. L'assurance maladie complémentaire peut prendre en charge ces traitements.

Participation forfaitaire d'1 €

Participation forfaitaire d'1 € laissée à la charge du patient pour tous les actes et consultations réalisés par un médecin, ainsi que pour tous les actes de biologie et de radiologie. Cette participation est due par tous les assurés à l'exception :

- des enfants de moins de 18 ans,
- des femmes enceintes à partir du 6e mois de grossesse,
- et des bénéficiaires de la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) ou de l'Aide médicale de l'État (AME).

Le nombre de participations forfaitaires est plafonné à 4 par jour pour le même professionnel de santé et le même bénéficiaire, et à un montant de 50 € par année civile et par personne.

La participation forfaitaire d'1 € n'est pas remboursée par les complémentaires santé « responsables ».

Prestations

Montants remboursés à un assuré par la Complémentaire santé en application de ses garanties (et des éventuels services associés qu'elles prévoient).

Prévention

Les contrats responsables comprennent la prise en charge d'au moins 2 prestations de prévention depuis le 1er juillet 2006 parmi des prestations telles le détartrage, des vaccins, le dépistage des troubles de l'audition, etc.

Prix limite de vente

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.

La base de remboursement de la majorité des dispositifs médicaux inscrits à la liste des produits et prestations (LPP) et pris en charge par l'assurance maladie obligatoire est assortie d'un prix limite de vente.

S'agissant des médicaments pris en charge par l'assurance maladie obligatoire, seuls ceux qui sont assortis d'un tarif forfaitaire de responsabilité (TFR) n'ont pas de prix limite de vente.

Les aides auditives et les lunettes retenues dans les paniers « à prise en charge renforcée » auront, à compter respectivement de 2019 et 2020, des prix limite de vente que les professionnels s'engagent à respecter pour que les assurés puissent bénéficier d'un reste à charge nul sur ces équipements.

Prothèses auditives

Il existe différents types de prothèses auditives : les contours d'oreille, les prothèses intra-auriculaires, les lunettes auditives et les appareils boîtiers. Elles sont uniquement délivrées par des audioprothésistes, sur prescription d'un médecin ORL.

Les prix de vente des prothèses auditives sont libres et souvent supérieurs à la base de remboursement fixée par l'assurance maladie obligatoire, en fonction des caractéristiques de la prothèse choisie.

Les audioprothésistes doivent remettre un devis avant la vente. Ce devis doit comporter le prix de vente hors taxe de chaque appareil proposé (indiquant la marque, le modèle, la référence commerciale, la classe, la durée de la garantie) et de chaque prestation d'adaptation proposée. Il doit aussi indiquer le prix net TTC à payer, ainsi que la base de remboursement de l'assurance maladie obligatoire.

Prothèses dentaires

Elles remplacent ou consolident une ou plusieurs dents abîmées. Il en existe différents types :

- Les prothèses fixes, comme les couronnes et les bridges. Une couronne reconstitue durablement la dent pour la protéger. Lorsque plusieurs dents sont absentes, la reconstitution peut s'effectuer sous forme de bridge. Les prothèses fixes remboursées par l'assurance maladie obligatoire sont réalisées dans les types de matériaux suivants : couronne métallique, céramo-métallique, zircone et céramo-céramique.
- Les prothèses amovibles sont des appareils dentaires (« dentiers ») qui peuvent s'enlever, et qui remplacent généralement plusieurs dents.

Le remboursement de l'assurance maladie obligatoire est très inférieur au coût réel d'une prothèse dentaire, les chirurgiens-dentistes pouvant fixer librement leurs tarifs.

Le chirurgien-dentiste est tenu de remettre un devis avant de poser une prothèse dentaire.

Ce devis doit comporter le prix d'achat de chaque élément de la prothèse et le prix des prestations associées.

Sécurité sociale

Il s'agit du régime d'assurance maladie obligatoire, prenant en charge les remboursements des frais de santé et régi par le Code de la Sécurité sociale français.

Soins dentaires

Ensemble des actes du chirurgien-dentiste qui contribuent à la prévention et aux premiers soins à apporter en cas de problème dentaire : il s'agit des consultations, des soins conservateurs tels que le détartrage ou le traitement d'une carie, mais aussi des soins chirurgicaux essentiels.

Le chirurgien-dentiste a l'obligation de respecter les tarifs fixés par l'assurance maladie obligatoire pour ces soins, pour lesquels il ne peut donc pas pratiquer de dépassements (à la différence des prothèses dentaires).

Souscripteur

Personne morale ou chef d'entreprise qui conclut un contrat pour la totalité de ses salariés appartenant au groupe assuré. Le souscripteur est le plus souvent désigné par « vous » dans les Conditions générales.

Tarif d'autorité

Voir Base de remboursement ci-dessus.

Tarif de responsabilité

Le tarif de responsabilité correspond à la base tarifaire retenue par l'Assurance Maladie pour les différentes prestations de santé. C'est sur ce montant qu'elle calcule son niveau de remboursement. Le tarif de responsabilité est un synonyme de la base de remboursement.

Ticket modérateur

C'est la différence entre la base de remboursement et le montant remboursé par l'assurance maladie obligatoire (avant application sur celui-ci de la participation forfaitaire d'un euro ou d'une franchise).

Le montant du ticket modérateur varie selon les actes ou traitements, la nature du risque concerné (maladie, maternité, accident du travail, etc.), ou selon que les soins sont dispensés à l'assuré dans le cadre d'une affection de longue durée (ALD)...

Le ticket modérateur peut être forfaitaire (il est fixé à 24€) pour certains actes dits « lourds ». La participation forfaitaire d'un euro, les franchises et des dépassements d'honoraires s'ajoutent au ticket modérateur, constituant l'ensemble de ces frais restant à la charge de l'assuré social avant intervention de l'assurance maladie complémentaire.

Le ticket modérateur est obligatoirement pris en charge par les contrats d'assurance maladie complémentaire responsables (sauf exceptions).

Tiers

Personne non concernée directement par le contrat.

Tiers payant

Système de paiement qui évite à l'assuré de faire l'avance des frais de santé auprès des prestataires de soins. Ces derniers sont payés directement par les assurances maladie obligatoire et/ou complémentaire pour les soins ou produits qu'ils ont délivrés.