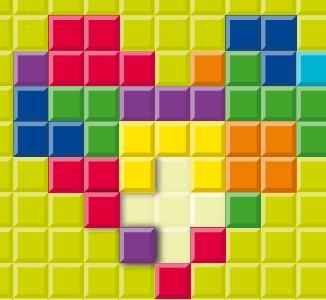


Santé

Conditions Générales Notice d'information Complémentaire Santé



Modulango
Avril 2013

réinventons / notre métier



Le présent contrat d'assurance est soumis aux dispositions du Code des assurances.

Il est régi par la Loi française.

L'autorité chargée du contrôle de la société d'assurances est l'Autorité de Contrôle Prudentiel – Secteur Assurance (ACP) située 61 rue Taitbout, 75009 Paris.

sommaire

section	page	contenu
CHAPITRE 1	3	1.1 Contrat individuel
Votre contrat d'assurance complémentaire santé	3	1.2 Contrat de groupe à adhésion facultative
	3	1.3 Terminologie
CHAPITRE 2	4	2.1 Que prenons-nous en charge ?
Vos garanties	4	2.2 Comment calculons-nous votre remboursement ?
	4	2.3 Comment obtenir votre remboursement ?
	5	2.4 Exclusions communes à toutes les garanties du chapitre 2
	5	2.5 Hospitalisation
	6	2.6 Médecine
	6	2.7 Pharmacie
	7	2.8 Optique
	7	2.9 Dentaire
	7	2.10 Audition
	8	2.11 Autres appareillage ou prothèse
	8	2.12 Cure thermique
	8	2.13 Allocation de bienvenue
	8	2.14 Actes de prévention
CHAPITRE 3	9	3.1 Pack assistance hôpital
Vos services d'assistance	10	3.2 Soutien scolaire
	11	3.3 Conseil à l'aménagement d'habitat
	11	3.4 Recherche de prestataires
	11	3.5 Rapatriement sanitaire - Retour des proches
	13	3.6 Garde de personne dépendante
	14	3.7 Assistance juridique : information juridique par téléphone

CHAPITRE 4	15	4.1 Vos cotisations
Dispositions Générales	15	4.2 Modifications législatives et réglementaires
	15	4.3 Ancienneté des personnes au contrat
	16	4.4 Avantage 3 ^{ème} enfant gratuit
	16	4.5 Déclarations fausses, erronées ou omises
	16	4.6 Fin du contrat
	16	4.7 Labellisation pour les agents territoriaux
	17	4.8 Prescription
	17	4.9 Réclamations
	18	4.10 Délai de renonciation en cas de vente à domicile ou à distance

CHAPITRE 5	20
Lexique	

Conseils d'utilisation	25
-------------------------------	----

CHAPITRE 1

Votre contrat d'assurance complémentaire santé

Votre contrat a pour objet de vous garantir le remboursement total ou partiel de vos dépenses de santé décrites dans les pages suivantes et réalisées entre la date de début et la date de fin de la garantie selon les dispositions du chapitre 2 « Vos garanties ».

Votre contrat est soit individuel, soit de groupe à adhésion facultative.

Les mots ou expressions suivis d'un astérisque sont définis dans le lexique.

1.1 Contrat individuel

Vous souscrivez auprès d'AXA un contrat individuel si votre régime obligatoire est celui :

- des travailleurs salariés ou assimilés,
- des travailleurs agricoles,
- de l'AMEXA*,
- de l'Alsace Moselle.

Votre contrat est composé :

- des présentes Conditions générales qui définissent le fonctionnement du contrat et les garanties,
- des Conditions particulières qui précisent l'identité des personnes assurées, la formule, les garanties que vous avez choisies et leur niveau.

Votre contrat prend effet à la date indiquée dans vos Conditions particulières. Il est souscrit pour une durée d'un an renouvelable automatiquement à chaque échéance principale.

Votre échéance principale est indiquée dans vos Conditions particulières.

1.2 Contrat de groupe à adhésion facultative

Vous adhérez au contrat d'assurance de groupe à adhésion facultative souscrit par l'Association* vous représentant, auprès d'AXA France Vie ou d'AXA Assurance Vie Mutuelle, si votre **régime obligatoire est celui des travailleurs non salariés non agricoles** ou quel que soit votre régime obligatoire si le contrat a été souscrit par une association.

Votre adhésion est composée :

- de la présente Notice d'information qui définit le fonctionnement du contrat et les garanties,
- du Certificat d'adhésion qui précise l'identité des personnes assurées, la formule, les garanties que vous avez choisies et leur niveau.

Votre adhésion prend effet à la date indiquée dans votre Certificat d'adhésion. Elle est souscrite pour une durée d'un an renouvelable automatiquement à chaque échéance principale.

Votre échéance principale est indiquée dans votre Certificat d'adhésion.

Pour bénéficier de nos garanties, vous devez être adhérent de l'Association et le cas échéant vous acquitter de la cotisation associative.

Pour les personnes relevant du régime obligatoire des travailleurs non salariés non agricoles, ce contrat d'assurance de groupe est émis dans le cadre de la loi du 11 février 1994 dite loi Madelin, qui leur autorise la déduction fiscale des cotisations sous certaines limites et conditions. La déductibilité ou non des cotisations dans le cadre de la loi Madelin est indiquée dans le Certificat d'adhésion.

1.3 Terminologie

Pour faciliter votre lecture de ce document, nous désignerons par « **Conditions personnelles** » aussi bien les **Conditions particulières** que le **Certificat d'adhésion**.

CHAPITRE 2

Vos garanties

2.1 Que prenons-nous en charge ?

- **Les garanties définies dans les présentes Conditions Générales sont accordées uniquement quand elles sont mentionnées à vos Conditions personnelles***.
- **Nous prenons en charge uniquement les frais qui ont préalablement donné lieu à un remboursement par votre régime obligatoire** d'assurance maladie français. Toutefois, nous prenons en charge les garanties suivantes, **si elles sont mentionnées à vos Conditions personnelles**, même si elles ne sont pas remboursées par votre régime obligatoire :
 - les consultations de médecine douce*,
 - les lentilles de contact,
 - les opérations de la myopie et de l'hypermétropie par laser,
 - les implants dentaires,
 - le vaccin antigrippe,
 - la pharmacie prescrite et non remboursée,
 - une allocation de bienvenue pour nouveau-né,
 - un forfait prévention (vaccins prescrits et consultations de diététiciens).

Le règlement des prestations est effectué en France et en euros.

2.2 Comment calculons-nous votre remboursement ?

Nous le calculons à partir des informations figurant sur le décompte de votre régime obligatoire d'assurance maladie, et des factures des professionnels de santé pour les garanties ne donnant pas lieu à un remboursement par votre régime obligatoire.

Nous le déterminons, acte par acte, en fonction des garanties que vous* avez choisies, déduction faite des remboursements de votre régime obligatoire, de la participation forfaitaire*, des franchises* et des remboursements de tout autre régime complémentaire.

Conformément à la législation, la totalité des remboursements (régime obligatoire plus régimes complémentaires) ne peut en aucun cas dépasser les frais réellement engagés.

2.3 Comment obtenir votre remboursement ?

Pour obtenir votre remboursement vous devez nous faire parvenir l'original du décompte de votre régime obligatoire.

Si vous bénéficiez de la télétransmission*, votre régime obligatoire le fait pour vous et nous transmet automatiquement les informations nécessaires. Vous en êtes informés par une note sur votre décompte.

Pour les garanties qui ne font pas l'objet d'un remboursement par votre régime obligatoire vous devez nous adresser les factures acquittées et détaillées au nom de l'assuré et parfois certaines pièces complémentaires indiquées ci-dessous :

- **Pour obtenir le remboursement de lentilles de contacts vous devez** nous adresser l'ordonnance de l'ophtalmologiste prescripteur en plus de la facture acquittée au nom de l'assuré.

- **Pour obtenir le remboursement de vos verres si vos garanties différencient les verres unifocaux des verres multifocaux vous devez** nous adresser en plus du décompte de votre régime obligatoire et de la facture acquittée au nom de l'assurée, la photocopie de la prescription (ne concerne que Modulango 400 %).
- **Pour obtenir le remboursement d'implants dentaires vous devez** nous adresser la facture acquittée au nom de l'assuré. Elle doit indiquer le numéro des dents soignées.

2.4 Exclusions communes à toutes les garanties du chapitre 2

Nous ne prenons pas en charge, quelle que soit la formule choisie :

- les soins antérieurs à la date d'effet du contrat,
- les soins antérieurs de deux ans à la date de leur présentation,
- les frais de chirurgie esthétique, même pris en charge par votre régime obligatoire,
 - du sein si elle n'est pas consécutive à un accident, à une pathologie dégénérative ou à une réduction mammaire importante*,
 - du nez si elle n'est pas consécutive à un accident ou à une pathologie chronique documentée,
 - d'abdominoplastie si elle n'est pas consécutive à un accident ou à une perte de poids documentée de plus de 30 kg,
 - de toute autre partie du corps, si l'opération n'est pas consécutive à un accident ou à une maladie.
- les frais pour lesquels vous n'avez pas fourni les justificatifs demandés (si le seul décompte de votre régime obligatoire ne suffit pas, vous devrez nous fournir des justificatifs complémentaires : facture, prescription, note d'honoraires),
- la participation forfaitaire* et les franchises* sur boîtes de médicaments, actes paramédicaux et transport sanitaire,
- les pénalités appliquées par la Sécurité sociale pour non respect du parcours de soins : majoration du ticket modérateur*, augmentation autorisée des tarifs conventionnels,
- les séjours en établissement de santé commencés avant la date d'effet de votre contrat,
- les frais d'hospitalisation en long séjour*, c'est-à-dire les soins de longue durée comportant un hébergement pour les personnes n'ayant pas leur autonomie de vie et dont l'état nécessite une surveillance médicale constante et des traitements d'entretien.

A ces exclusions communes, s'ajoutent les exclusions particulières figurant au niveau de chaque garantie.

2.5 Hospitalisation

2.5.1 Vous êtes hospitalisé

Nous prenons en charge votre hospitalisation, à domicile ou dans un établissement public ou privé, pour un court séjour* ou un moyen séjour*.

Notre prise en charge comprend les frais liés à l'hospitalisation :

- les frais de séjour*, les frais de salle d'opération, la pharmacie, les honoraires et autres frais médicaux,
- le forfait journalier hospitalier*,
- le transport sanitaire,
- les frais liés à l'hospitalisation à domicile.

Si mention en est faite dans vos Conditions personnelles, notre prise en charge comprend aussi :

- les frais de chambre particulière,
- les frais de lit d'accompagnement.

2.6 Médecine

Cette garantie est acquise si mention en est faite dans vos Conditions personnelles.

2.6.1 Vous consultez un médecin (généraliste, spécialiste)

Nous prenons en charge vos frais de consultation, de visites et les actes que le médecin aura pratiqués (actes cliniques et techniques, actes de spécialité : radiographie et imagerie médicale).

2.6.2 Vous utilisez les services d'un Auxiliaire médical

Nous prenons en charge les visites et les actes des Auxiliaires Médicaux suivants : Infirmier et Infirmière, Sage-femme, Kinésithérapeute, Orthophoniste, Orthoptiste, Pédicure-Podologue.

2.6.3 Vous réalisez des examens médicaux (laboratoire, radiologie)

Nous prenons en charge les frais qui se rapportent à vos examens médicaux dans les laboratoires d'analyses médicales et les cabinets de radiologie.

2.6.4 Vous consultez pour de la médecine douce

Nous prenons en charge les prestations des Ostéopathes, des Chiropracteurs, des Acupuncteurs et des Pédicures-Podologues.

- les Ostéopathes doivent être titulaires du titre d'ostéopathie dans le respect des lois et décrets qui régissent cette profession,
- les Chiropracteurs doivent être titulaires d'un diplôme délivré par une école en France dont la formation est conforme aux exigences de l'Union Européenne de Chiropraticiens ou par un institut en France agréé par l'Union Européenne de Chiropraticiens, et être membre de l'Association Française de Chiropratique (AFC),
- les Acupuncteurs doivent être médecins inscrits au Conseil de l'Ordre des Médecins.

Pour ces professions de santé, nous prenons en charge au titre de cette prestation les actes qui ne donnent pas lieu à remboursement par votre régime obligatoire. Les actes qui donnent lieu à des remboursements par votre régime obligatoires sont pris en charge par les autres garanties et à leurs conditions.

2.7 Pharmacie

2.7.1 Vous achetez des médicaments

Cette garantie est acquise si mention en est faite dans vos Conditions personnelles.

Nous vous remboursons :

- les médicaments à vignette blanche et bleue,
- les médicaments à vignette orange **lorsqu'ils ne sont pas explicitement exclus de vos Conditions personnelles**,
- les médicaments prescrits non remboursés par votre régime obligatoire si explicitement mentionnés dans vos Conditions personnelles.

Les médicaments homéopathiques sont remboursés en fonction de leur vignette.

Nous ne remboursons en aucun cas un médicament non prescrit.

Nous remboursons intégralement le vaccin contre la grippe prescrit par ordonnance même lorsque celui-ci n'est pas pris en charge par votre régime obligatoire. L'injection du vaccin est prise en charge au titre des garanties de médecine et à leurs conditions.

2.7.2 Forfait prévention

Cette garantie est acquise si mention en est faite dans vos Conditions personnelles.

Nous vous remboursons :

- Les vaccins prescrits non remboursés par votre régime obligatoire,
- Les consultations de diététiciens diplômés d'état.

A noter que les consultations des médecins nutritionnistes peuvent être prises en charges par votre régime obligatoire et sont alors remboursées aux titres des garanties Médecines et à leurs conditions.

2.8 Optique

Ces garanties sont acquises si mention en est faite dans vos Conditions personnelles.

2.8.1 Vous achetez des lunettes ou des lentilles de contact

Nous prenons en charge les montures et les verres de vos lunettes.

Nous prenons en charge les lentilles de contact dès lors qu'elles relèvent d'une prescription médicale même si votre régime obligatoire ne les prend pas en charge.

2.8.2 Vous vous faites opérer de la myopie ou de l'hypermétropie

Nous prenons en charge les frais qui s'y rapportent, même si votre régime obligatoire ne les prend pas en charge.

2.9 Dentaire

2.9.1 Vous consultez un chirurgien-dentiste

Cette garantie est acquise si la mention « Consultation et soins dentaires » est portée dans vos Conditions personnelles.

Nous prenons en charge les frais de consultation, de prévention et de soins.

2.9.2 Vous vous faites poser une prothèse, un implant, un bridge ou un appareil amovible dentaire

Cette garantie est acquise si la mention « Prothèses, implants, bridges, appareils amovibles » est portée dans vos Conditions personnelles.

Nous prenons en charge les prothèses dentaires, bridges et appareils amovibles.

Nous prenons en charge les implants, même si votre régime obligatoire ne les prend pas en charge.

2.9.3 Vous suivez un traitement d'orthodontie

Cette garantie est acquise si mention en est faite dans vos Conditions personnelles.

Notre prise en charge se fait par semestre de traitement.

2.10 Audition

2.10.1 Vous achetez une prothèse auditive

Cette garantie est acquise si la mention « Appareil Auditifs » est portée dans vos Conditions personnelles.

Nous prenons en charge les frais d'appareillage.

Seuls les produits figurant sur la liste des produits et prestations (LPP*) remboursables sont remboursés par votre régime obligatoire et donc pris en charge. Cette liste est consultable sur le site Internet de l'assurance maladie.

2.11 Autres appareillage ou prothèse

Cette garantie est acquise si mention en est faite dans vos Conditions personnelles.

2.11.1 Vous achetez un appareillage ou une prothèse non dentaire et non auditive

Nous prenons en charge au titre de cette garantie les orthèses*, prothèses, matériels et appareils autre que les prothèses optiques, dentaires ou auditives.

Seuls les produits figurant sur la liste des produits et prestations (LPP*) remboursables sont remboursés par votre régime obligatoire et donc pris en charge. Cette liste est consultable sur le site Internet de l'assurance maladie.

2.12 Cure thermale

2.12.1 Votre médecin vous prescrit une cure thermale

Cette garantie est acquise si mention en est faite dans vos Conditions personnelles.

Nous prenons en charge :

- le forfait thermal*,
- le forfait de surveillance thermale*.

Si un forfait en Euro est mentionné dans vos Conditions personnelles au titre de la garantie « Cure Thermale », nous prenons en charge les frais de séjours et de transports à hauteur de ce forfait même si votre régime obligatoire ne les prend pas en charge. Vous devez alors nous adresser les justificatifs relatifs à ces frais (originaux des factures et des titres de transports). Les soins de la cure thermale à laquelle se rapportent ces frais doivent faire l'objet d'un remboursement de votre régime obligatoire.

2.13 Allocation de bienvenue

Cette garantie est acquise si mention en est faite dans vos Conditions personnelles.

Pour bénéficier de cette garantie vous devez assurer votre enfant sur le contrat dans les deux mois qui suivent sa naissance.

2.14 Actes de prévention

A l'exception de la formule Modulango Hospi, nous prenons en charge la totalité du ticket modérateur* des actes de préventions suivants :

- Scellement prophylactique des puits, sillons et fissures sous réserves que l'acte soit effectué sur les première et deuxième molaires permanentes, qu'il n'intervienne qu'une fois par dent et qu'il soit réalisé en cas de risque carieux et avant le quatorzième anniversaire.
- Un détartrage annuel complet sus- et sous-gingival, effectué en deux séances maximum.

Ces actes de préventions sont pris en charge au titre de la garantie Dentaire.

CHAPITRE 3

Vos services d'assistance

Les prestations des services décrits dans ce chapitre sont réalisées par AXA Assistance. Le numéro de téléphone à appeler est indiqué à vos Conditions personnelles.

3.1 Pack assistance hôpital

3.1.1 Avant l'hospitalisation : aide au choix d'un établissement hospitalier

Ce service est acquis s'il est fait mention d'« orientation hospitalière » au poste « Garanties d'Assistance » de vos Conditions personnelles.

En fonction du lieu de votre domicile, du type de pathologie et de critères de qualité officiels des établissements publics ou privés, nos professionnels de santé vous communiquent une liste comportant au moins trois établissements correspondants à vos besoins.

Pour bénéficier de cette prestation vous devez :

- contacter le service assistance.

3.1.2 Pendant l'hospitalisation : garde des enfants

Ce service est acquis s'il en est fait mention au poste « Garanties d'Assistance » de vos Conditions personnelles.

Si vous êtes hospitalisé et que personne ne peut assurer la garde de vos enfants, nous organisons et prenons en charge (sans pouvoir les cumuler) :

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

En cas de garde des enfants, la personne assurera également leur accompagnement à l'école en fonction de l'âge des enfants. En aucun cas, cette prise en charge ne peut excéder la durée de l'hospitalisation.

En cas d'acheminement d'un proche ou des enfants, nous prenons en charge le ou les titres de transport aller - retour en avion de ligne classe économique ou en train 1^{ère} classe et, selon le cas, les frais d'accompagnement des enfants chez un proche parent par le personnel qualifié.

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

Cette garantie est limitée aux hospitalisations de plus de 24 heures et à une seule intervention par année d'assurance. Au delà d'une intervention par an, AXA peut vous communiquer les coordonnées de personnel qualifié, le coût de la prestation restant alors à la charge de l'assuré et directement payable auprès du prestataire choisi.

Pour bénéficier de cette prestation vous devez :

- contacter le service assistance,
- obtenir l'accord du service assistance avant d'engager toute dépense.

3.1.3 Pendant l'hospitalisation : garde et transferts des animaux domestiques

Ce service est acquis s'il est fait mention de « garde-animaux » au poste « Garanties d'Assistance » de vos Conditions personnelles.

Si vous êtes hospitalisé et que vos animaux domestiques* (chiens et chats) ne peuvent bénéficier de leur garde habituelle, nous organisons et prenons en charge dans un rayon de 50 km du domicile de l'assuré (sans pouvoir les cumuler) :

- soit le transfert et la garde des animaux (maximum 2) jusqu'à la pension la plus proche du domicile. Les frais de pension sont pris en charge à concurrence de 250 € par événement et pour l'ensemble des animaux,
- soit le transfert des animaux (maximum 2) au domicile d'un proche.

Cette garantie est limitée aux hospitalisations de plus de 24 heures et à une seule intervention par année d'assurance.

Pour bénéficier de cette prestation vous devez :

- contacter le service assistance,
- obtenir l'accord du service assistance avant d'engager toute dépense.

3.1.4 Après l'hospitalisation : aide-ménagère et garde-malade

Ces services sont acquis s'il en est fait mention au poste « Garanties d'Assistance » de vos Conditions personnelles.

Aide-ménagère

Dès le retour à votre domicile et pendant les 20 jours qui suivent, nous recherchons et prenons en charge les services d'une aide-ménagère qui accomplira les tâches quotidiennes que vous ne pouvez pas effectuer du fait de votre état physique.

Cette prestation vous est acquise dans la limite de 40 heures, avec un minimum de 2 heures consécutives par jour. Elle est limitée aux hospitalisations de plus de 24 heures et à une seule intervention par assuré et par année d'assurance.

Garde-malade

Dès le retour à votre domicile et pendant les 20 jours qui suivent, nous recherchons et prenons en charge les services d'une garde-malade si votre état le justifie.

Cette prestation vous est acquise dans la limite de 40 heures, avec un minimum de 4 heures consécutives par jour. Elle est limitée aux hospitalisations de plus de 24 heures et à une seule intervention par assuré et par année d'assurance.

Seule l'équipe médicale du service assistance est habilitée à fixer la durée de présence de l'aide-ménagère ou de la garde-malade après bilan médical.

Pour bénéficier de ces prestations, vous devez :

- contacter le service assistance,
- obtenir l'accord du service assistance avant d'engager toute dépense,
- formuler votre demande au plus tard dans les 8 jours qui suivent votre retour de l'hôpital.

3.2 Soutien scolaire

Ce service est acquis s'il en est fait mention au poste « Garanties d'Assistance » de vos Conditions personnelles. **Il s'applique aux enfants assurés au contrat.**

Lorsque l'état de santé de votre enfant nécessite, sur prescription médicale, une immobilisation au domicile ou une hospitalisation qui entraîne une absence scolaire supérieure à 15 jours consécutifs, nous recherchons et prenons en charge un ou plusieurs répétiteurs. Ceux-ci dispensent à l'enfant des cours, en France métropolitaine, à votre domicile ou à l'hôpital dans les matières principales, dans la limite de 15 heures par semaine, hors jours fériés et vacances scolaires. La garantie est accordée jusqu'en classe de terminale, au maximum pour 12 semaines par année scolaire et par enfant.

Seules les prestations organisées par ou en accord avec le service assistance sont prises en charge au titre de votre contrat.

Pour bénéficier de cette prestation, vous devez :

- contacter le service assistance,
- obtenir l'accord du service assistance avant d'engager toute dépense.

3.3 Conseil à l'aménagement d'habitat

Ce service est acquis s'il en est fait mention au poste « Garanties d'Assistance » de vos Conditions personnelles.

En cas de perte définitive d'une partie de votre mobilité nous mettons à votre disposition un service de conseil téléphonique sur l'aménagement de l'habitat et nous pouvons vous orienter vers des professionnels pour intervention à votre domicile.

Les frais de déplacement et interventions des professionnels, restent à votre charge.

Pour bénéficier de cette prestation vous devez :

- contacter le service assistance.

3.4 Recherche de prestataires

Ce service est acquis s'il en est fait mention au poste « Garanties d'Assistance » de vos Conditions personnelles.

• **Livraison de courses ou de médicaments et soins de pédicures ou de kinésithérapie**

En sortie d'hospitalisation, nous vous mettons en relation :

- avec des prestataires assurant la livraison de courses à votre domicile, le portage de médicaments, (sous réserve des disponibilités locales),
- avec des Pédicures-Podologues et des Kinésithérapeutes.

Les frais de déplacements et honoraires de personnel restent à votre charge.

Ces prestations sont limitées aux hospitalisations de plus de 24 heures et à une seule intervention par assuré et par année d'assurance.

Pour bénéficier de cette prestation, vous devez :

- contacter le service assistance,
- formuler votre demande au plus tard dans les 8 jours qui suivent votre retour de l'hôpital.

• **Aide à la recherche de personnel de remplacement**

Vous êtes un travailleur non salarié, en cas de maladie ou d'hospitalisation ne vous permettant pas d'assurer la continuité de votre activité professionnelle, nous vous aidons dans la recherche de personnel de remplacement.

Le coût résultant de la mise en œuvre de ce service reste à votre charge.

Pour bénéficier de cette prestation vous devez :

- contacter le service assistance.

3.5 Rapatriement sanitaire – Retour des proches

Ces services sont acquis s'il est fait mention de « rapatriement » au poste « Garanties d'Assistance » de vos Conditions personnelles.

Ils sont acquis à plus de trente kilomètres du domicile principal de l'assuré et pour le monde entier.

Ces services ne sont pas acquis pour les séjours et voyages supérieurs à quatre-vingt-dix jours consécutifs hors France métropolitaine et Monaco.

3.5.1 Rapatriement sanitaire

Cette prestation d'assistance est destinée aux personnes assurées au contrat.

En cas de maladie imprévisible ou d'accident corporel survenant à un assuré du contrat, l'équipe médicale du service d'assistance se met, le cas échéant, en rapport avec le médecin traitant sur place afin d'intervenir dans les conditions les mieux adaptées à l'état du malade ou du blessé.

Dans tous les cas, l'organisation des premiers secours est à la charge des autorités locales. Les frais correspondants ne sont pas remboursés par le service assistance.

Si l'équipe médicale du service d'assistance décide du transport de l'assuré vers un autre centre médical mieux équipé ou plus spécialisé ou vers le centre médical le plus proche du domicile en France métropolitaine, le service assistance organise et prend en charge l'évacuation si l'état médical de l'assuré le permet et selon la gravité du cas par :

- train première classe, couchette ou wagon-lit,
- véhicule sanitaire léger,
- ambulance,
- avion de ligne régulière, classe économique,
- avion sanitaire.

Si le contexte médical l'impose, après rapatriement, le service assistance organise et prend en charge le transport médicalisé de l'assuré en état de quitter le centre médical se trouvant en dehors de son secteur hospitalier jusqu'à son domicile en France métropolitaine, et ce par les moyens les plus appropriés selon la décision des médecins du service assistance.

La décision du transport et des moyens à mettre en œuvre est prise par les médecins du service assistance en fonction des seuls impératifs techniques et médicaux. Aucun transfert ne peut être effectué sans l'accord préalable de l'intéressé ou d'un membre de sa famille, exception faite des états comateux nécessitant un transfert d'urgence.

Tout refus de la solution proposée par la direction médicale du service assistance en collaboration avec les différents médecins concertés entraîne l'annulation de cette prestation.

En cas de rapatriement ou de transport, le service assistance peut demander à l'assuré d'utiliser son titre de transport si ce dernier peut être modifié. Dans le cas contraire, et lorsque le service assistance a pris en charge le retour, l'assuré doit impérativement lui remettre le remboursement du titre de transport non utilisé qu'il devra obtenir dans un délai de deux mois.

Ne sont pas pris en charge dans cette prestation :

- les frais de restauration,
- les frais de carburant, péage, traversée en bateau,
- les frais de taxis sauf ceux ayant fait l'objet d'un accord préalable du service assistance,
- les frais de douane sauf ceux ayant fait l'objet d'un accord préalable du service assistance,
- les frais relatifs à la perte ou au vol de titres de transport, papiers d'identité, papiers divers et bagages,
- les dommages provoqués intentionnellement par les assurés,
- les accidents liés à la participation à des compétitions sportives et à leurs essais,
- les frais de recherche en mer et en montagne,
- tout autre frais non prévu au titre des garanties accordées.

Ne donnent pas lieu à l'intervention du service assistance

- les affections bénignes traitables sur place,
- les maladies ou blessures préexistantes, diagnostiquées et/ou traitées et ayant fait l'objet d'une consultation médicale ou d'une hospitalisation dans les 6 mois avant la date de demande d'assistance,
- les affections en cours de traitement et les états de convalescence non consolidés,
- les contrôles et/ou traitements d'une affection qui ont été programmés avant le départ du domicile sur le lieu du séjour,
- les examens au titre d'un dépistage (prévention, check-up, amniocentèses),
- les suites de la grossesse : accouchement, césarienne, soins au nouveau né,
- les interruptions volontaires de grossesse,
- les affections psychiatriques, les syndromes dépressifs et leurs conséquences,
- les conséquences de l'usage d'alcool,
- les conséquences de l'usage de drogue ou de stupéfiants non prescrits médicalement,
- les tentatives de suicide et leurs complications.

Néanmoins, le bénéficiaire peut demander au service assistance d'organiser le rapatriement et les frais engagés sont alors supportés par lui.

Seule l'équipe médicale du service assistance peut accepter ou non le rapatriement.

Pour bénéficier de cette prestation vous devez :

- faire le nécessaire avant votre départ à l'étranger pour vous munir de la Carte Européenne d'Assurance Maladie, d'un formulaire E 111 ou de tout autre formulaire offrant des garanties similaires. Ces documents sont délivrés par les caisses d'assurance maladie des bénéficiaires,
- contacter le service assistance et obtenir l'accord de l'équipe médicale avant d'engager toute dépense.

3.5.2 Retour des proches

Lorsqu'une personne assurée au contrat est prise en charge par le service assistance, dans les conditions définies au chapitre « Rapatriement sanitaire », le service assistance organise et prend en charge le retour par train première classe ou avion classe économique d'un ou plusieurs proches* accompagnant le rapatrié, même si ces derniers ne sont pas assurés au contrat. Si besoin, le service assistance organise et prend en charge le retour des animaux domestiques (chiens et chats) accompagnant le rapatrié.

En cas de rapatriement ou de transport, le service assistance peut demander aux bénéficiaires de cette prestation d'utiliser leur titre de transport si ce dernier peut être modifié. Dans le cas contraire, et lorsque le service assistance a pris en charge le retour, ces bénéficiaires doivent impérativement lui remettre le remboursement du titre de transport non utilisé qu'ils devront obtenir dans un délai de deux mois.

Pour bénéficier de cette prestation vous devez :

- demander le retour des proches à l'occasion des appels au service assistance passés pour organiser le rapatriement sanitaire de la personne assurée au contrat.

3.6 Garde de personne dépendante

Ce service est acquis s'il en est fait mention au poste « Garanties d'Assistance » de vos Conditions personnelles.

Vous êtes aidant* d'une personne en état de dépendance totale*. Si vous êtes hospitalisé plus de 24 h, que vous ne pouvez en conséquence tenir votre rôle habituel auprès de la personne dépendante que vous avez en charge nous organisons et prenons en charge :

- soit l'acheminement d'un proche à votre domicile,
- soit l'acheminement de la personne dépendante au domicile d'un proche,
- soit la garde de la personne dépendante par du personnel qualifié à votre domicile, dans la limite de 20 heures maximum avec un minimum de deux heures consécutives par jour. Au-delà de ce plafond de garanties, AXA peut vous communiquer les coordonnées de personnes qualifiées. Le coût de la prestation restant alors à votre charge et étant directement payable auprès du prestataire choisi.

Dans tous les cas notre prise en charge ne peut dépasser en valeur la somme de cinq cent euros TTC (500 €) par utilisation du service.

Nous prenons en charge le ou les titres de transport aller - retour en avion classe économique ou en train 1^{ère} classe et, selon le cas, les frais d'accompagnement des personnes dépendantes au domicile d'un proche par du personnel qualifié.

Le choix final des moyens de transport utilisés relève exclusivement de la décision du service assistance.

En cas d'utilisation du service, le Médecin Conseil d'AXA peut mettre en œuvre un contrôle médical afin de constater la réalité de l'état de dépendance total de l'assuré.

Pour bénéficier de cette prestation, vous devez :

- contacter le service assistance avant d'engager toute dépense,
- si la personne dépendante a plus de 60 ans, faire parvenir au service d'assistance la photocopie du document attestant de la perception de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA) par son parent ou conjoint et sur lequel doit figurer la classification GIR,
- si la personne dépendante a moins de 60 ans, faire parvenir au service d'assistance la photocopie du document attestant
 - qu'elle est classée par la Sécurité sociale en invalidité de 3^{ème} catégorie,
 - ou qu'elle est bénéficiaire, au titre de la législation sur les accidents du travail, d'une majoration pour tierce personne,
 - ou qu'elle est bénéficiaire de l'Allocation pour Adulte Handicapé (AAH) compte tenu d'un taux d'incapacité permanente de 100 %,
- si la personne dépendante est votre père, mère, fils ou fille, faire parvenir au service d'assistance un extrait d'acte de naissance permettant de justifier votre lien de filiation,
- si la personne dépendante est votre conjoint, faire parvenir au service d'assistance un certificat de mariage, de Pacs ou de concubinage permettant de justifier votre lien.

3.7 Assistance juridique : information juridique par téléphone

Ce service est acquis s'il en est fait mention au poste « Garanties d'Assistance » de vos Conditions personnelles.

Vous bénéficiez, **selon les conditions mentionnées ci-après**, de l'assistance des juristes de JURIDICA (S.A. au capital de 14 627 854, 68 € - 572 079 150 R.C.S Versailles - 1 place Victorien Sardou 78160 Marly-le-Roi), société autonome et spécialisée dans l'assurance de protection juridique, mandatée à cet effet par nous pour mettre en œuvre cette action.

En prévention d'un litige, pour toute question sur le droit de la santé et notamment sur les relations avec un établissement de santé ou un prestataire de santé, un juriste vous renseigne par téléphone sur vos droits et obligations du lundi au vendredi de 9 h 30 à 19 h, sauf jours fériés.

Les questions posées doivent être relatives au droit français ou au droit monégasque. Selon les cas, les juristes peuvent avoir à se documenter et à vous rappeler afin de vous communiquer les renseignements nécessaires.

Ne sont pas pris en charge dans cette prestation :

- Les questions posées dans le cadre d'une activité professionnelle.

CHAPITRE 4

Dispositions Générales

4.1 Vos cotisations

4.1.1 Paiement de vos cotisations

Vos cotisations sont fixées en fonction d'un certain nombre de paramètres vous concernant : le régime obligatoire d'assurance maladie, l'âge, la formule de garanties choisies, et éventuellement la zone géographique.

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

Le montant de la cotisation est indiqué sur les Conditions personnelles de votre contrat, puis ultérieurement sur chaque appel de cotisation.

Vos cotisations sont payables d'avance, soit à notre siège social, soit au bureau de votre interlocuteur habituel, sous réserve des dispositions de l'article L113-3 du Code des assurances.

Elles évoluent à chaque échéance principale en fonction de l'âge des personnes assurées, de l'évolution générale de la consommation médicale et des résultats techniques de la catégorie de contrats couvrant les mêmes risques. Vous en êtes informés par l'envoi de votre avis d'échéance. En cas de désaccord sur cette évolution, vous disposez du droit de mettre fin à votre contrat en nous envoyant une lettre recommandée dans les quinze jours suivant la date à laquelle vous avez pris connaissance des modifications. La résiliation prendra effet un mois après l'expédition de votre lettre recommandée.

4.1.2 Défaut de paiement des cotisations

A défaut de paiement d'une cotisation ou d'une fraction de celle-ci dans les 10 jours de son échéance, indépendamment de notre droit de poursuivre l'exécution du contrat, nous pourrions suspendre la garantie après envoi d'une lettre recommandée au souscripteur du présent contrat, à son dernier domicile connu. La suspension sera effective 30 jours après l'envoi de cette lettre.

Cette lettre recommandée indiquera qu'elle est envoyée à titre de mise en demeure, rappellera le montant et la date d'échéance de la cotisation ou de la fraction de cotisation.

Nous aurons le droit de résilier le contrat 10 jours après l'expiration du délai de 30 jours visé ci-dessus par notification faite au souscripteur du présent contrat.

4.2 Modifications législatives et réglementaires

Lorsque la loi ou la réglementation modifie les conditions contractuelles ou la portée de nos engagements, nous sommes susceptibles de modifier les modalités de votre contrat pour l'adapter à la nouvelle situation et ce dès l'application de cette nouvelle réglementation ou au plus tard, dès la prochaine échéance principale* ou intermédiaire* qui suit cette application.

4.3 Ancienneté des personnes au contrat

Sur certaines de nos formules, avec ou sans modules complémentaires, nos garanties augmentent en fonction de l'ancienneté. Le montant de vos garanties tenant compte de cette ancienneté est indiqué dans vos Conditions personnelles.

L'ancienneté est comptée par personne à partir de la souscription d'une formule, avec ou sans module complémentaire. A l'ajout d'une personne sur le contrat, cette nouvelle personne n'a pas d'ancienneté.

Nous vous invitons à prendre connaissance auprès de votre interlocuteur habituel des règles d'évolutions de l'ancienneté en cas de modification de votre contrat.

4.4 Avantage 3^{ème} enfant gratuit

L'avantage 3^{ème} enfant gratuit est défini comme suit :

- l'âge des enfants est considéré par rapport à l'année civile : un enfant est considéré comme ayant moins de 18 ans s'il n'est pas encore dans l'année civile où il atteindra ses 18 ans,
- si 3 enfants, ou plus, de moins de 18 ans, sont inscrits au contrat, le 3^{ème} enfant et les suivants bénéficient d'une gratuité de leur cotisation. Cette disposition est revue chaque année en fonction de l'évolution de l'âge des enfants.

Seuls les enfants d'un adulte inscrit au contrat sont pris en compte pour l'octroi de cet avantage.

4.5 Déclarations fausses, erronées ou omises

Vous devez, à la souscription, répondre exactement à toutes les questions que nous vous posons.

En cours de contrat, vous avez obligation de nous déclarer toutes les circonstances nouvelles qui ont pour conséquence soit d'aggraver les risques, soit d'en créer de nouveaux et rendent de ce fait inexacts ou caduques les réponses faites à la souscription de votre contrat.

Toute réticence ou fausse déclaration intentionnelle permet d'opposer la nullité du contrat (article L113-8 du Code des assurances).

Toute omission ou déclaration inexacte non intentionnelle constatée après sinistre entraîne une réduction proportionnelle d'indemnisation (article L113-9 du Code des assurances).

4.6 Fin du contrat

Vous pouvez y mettre fin :

- à la date d'échéance principale de votre contrat, en nous adressant une lettre recommandée au moins 3 mois avant cette date,
- lors d'une modification de votre situation – lorsque celle-ci a un effet sur les risques garantis par votre contrat – en nous adressant une lettre recommandée avec justificatif du changement de votre situation, dans les trois mois suivant cette modification. Cette modification de situation peut être :
 - le décès du souscripteur,
 - l'adhésion à un régime obligatoire,
 - l'adhésion à un contrat collectif obligatoire.
- en cas de hausse de tarif à l'initiative de l'assureur sauf si celle-ci est la conséquence d'une modification législative ou réglementaire.

Nous pouvons y mettre fin uniquement dans les deux cas suivants :

- si vous ne réglez pas vos cotisations, 40 jours après l'envoi d'une lettre recommandée de mise en demeure,
- en cas de fausse déclaration, omission ou inexactitude de votre part entraînant une nullité du contrat.

4.7 Labellisation pour les agents territoriaux

4.7.1 Formules Labellisées

Si vous êtes agent d'une collectivité territoriale ou d'un établissement public dépendant d'une collectivité territoriale, les formules Modulango Eco, Modulango 100 %, Modulango 125 %, Modulango 150 %, Modulango 200 % avec ou sans modules complémentaires sont labellisées conformément au décret n° 2011-1474 du 8 novembre 2011.

4.7.2 Majoration des cotisations pour souscription tardive

Conformément à l'article 28 du décret n° 2011-1474 du 8 novembre 2011, lorsque l'agent territorial n'a pas souscrit de contrat labellisé pendant une durée déterminée et n'a donc pas participé à la solidarité inhérente aux contrats labellisés, la cotisation est majorée d'un coefficient défini comme suit par les pouvoirs publics.

La majoration est égale à 2 % par année pour toute année non cotisée à un contrat labellisé. Les années non cotisées sont comptabilisées :

- à partir de l'âge de 30 ans,
- à partir de la date la plus récente entre le 8 novembre 2013 (date de publication du décret plus deux ans) et la date d'entrée de l'agent dans la fonction publique augmentée de deux ans,
- le cas échéant, depuis la dernière adhésion à une garantie de référence.

4.7.3 Perte du label

Dans le cas où le label a fait l'objet d'une décision de retrait ou de non-renouvellement, l'assureur informe, dans un délai d'un mois à compter de la notification de cette décision, les souscripteurs ou adhérents des conséquences qui peuvent en résulter au regard de la majoration de cotisation (prévue à l'article 28 du décret du 8 novembre 2011). Le retrait ou le non-renouvellement prend effet pour l'adhérent ou le souscripteur à compter du premier jour du deuxième mois suivant la fin de la labellisation. Lorsque l'assureur reçoit directement la participation, il informe également la collectivité territoriale ou l'établissement public intéressé de la décision de retrait ou de non-renouvellement du contrat ou du règlement. Cette information est donnée aux agents territoriaux intéressés, lorsque la participation leur est versée directement.

4.8 Prescription

« Toutes actions dérivant d'un contrat d'assurance sont prescrites par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance (art. L 114-1 du Code des assurances). 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 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 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 (art. L 114-2 du Code des assurances). »

4.9 Réclamations

Nous veillons à vous offrir un service professionnel de qualité.

Si, après avoir contacté votre interlocuteur privilégié ou votre service Clients par téléphone ou par courrier, une incompréhension subsiste, vous pouvez faire appel à la Direction Relations Clientèle en écrivant à l'adresse suivante :

AXA France
Direction Relations Clientèle
Terrasse 4 - 313, Les Terrasses de l'Arche
92727 Nanterre Cedex

Votre situation sera étudiée avec le plus grand soin : un accusé réception vous sera adressé sous 8 jours et une réponse vous sera alors adressée dans un délai de quarante jours (sauf si la complexité nécessite un délai complémentaire).

Si aucune solution n'a été trouvée, vous pourrez ensuite faire appel au Médiateur compétent pour le groupe AXA, personnalité indépendante, dont les coordonnées vous seront communiquées par la Direction Relations Clientèle dans son courrier de réponse. Ce recours est gratuit.

Le Médiateur formulera un avis dans les 2 mois à réception du dossier complet. Son avis ne s'impose pas et vous laissera toute liberté pour saisir éventuellement le Tribunal français compétent.

4.10 Délai de renonciation en cas de vente à domicile ou à distance

4.10.1 Fourniture à distance d'opérations d'assurance

Constitue une fourniture d'opération d'assurance à distance, telle que définie par l'article L. 112-2-1 du Code des assurances, la fourniture d'opérations d'assurance auprès d'un souscripteur, personne physique, qui agit en dehors de toute activité commerciale ou professionnelle, dans le cadre d'un système de vente ou de prestation de services à distance organisé par l'assureur ou l'intermédiaire d'assurance qui, pour ce contrat, utilise exclusivement des techniques de communication à distance jusqu'à, y compris, la conclusion du contrat.

Il est précisé que, conformément aux dispositions de l'article L. 112-2-1 du Code des assurances, les règles concernant la fourniture d'opération d'assurance à distance :

- ne s'appliquent qu'au premier contrat, pour les contrats à durée déterminée suivis d'autres contrats de même nature, échelonnés dans le temps, sous condition que pas plus d'un an ne se soit écoulé entre deux contrats ;
- ne s'appliquent qu'en vue et lors de la conclusion du contrat initial, pour les contrats renouvelables par tacite reconduction.

Si le contrat a été conclu à la demande du souscripteur en utilisant une technique de communication à distance ne permettant pas la transmission des informations précontractuelles et contractuelles sur un support papier ou sur un autre support durable, l'assureur ou l'intermédiaire doit exécuter ses obligations de communication immédiatement après la conclusion du contrat.

Le souscripteur, personne physique, qui conclut à des fins qui n'entrent pas dans le cadre de son activité commerciale ou professionnelle un contrat à distance, est informé qu'il dispose d'un délai de quatorze (14) jours calendaires révolus pour renoncer et ce, sans avoir à justifier de motif ni à supporter de pénalité. Ce délai commence à courir soit à compter du jour de la signature des Conditions personnelles, soit à compter du jour où le souscripteur reçoit les conditions contractuelles et les informations conformément à l'article L. 121-20-11 du Code de la consommation, si cette dernière date est postérieure à la première.

Le souscripteur est informé que le contrat ne peut recevoir commencement d'exécution avant l'arrivée du terme de ce délai sans son accord.

Le souscripteur, qui souhaite exercer son droit de renonciation dans les conditions susvisées, peut utiliser le modèle de lettre, présenté ci-dessous, dûment complété par ses soins et envoyé à l'adresse suivante AXA, 313 Terrasses de l'Arche, 92727 Nanterre cedex.

« Je soussigné [Nom – Prénom], demeurant [Adresse du souscripteur], déclare renoncer, en application des dispositions de l'article L. 112-2-1 du Code des assurances, au contrat d'assurance [Numéro du contrat], souscrit le [Date de la signature des Conditions personnelles], par l'intermédiaire de [Nom de l'intermédiaire ayant commercialisé le contrat].

Date [À COMPLÉTER] Signature [Souscripteur] »

À cet égard, le souscripteur est informé que, s'il exerce son droit de renonciation, il sera tenu au paiement proportionnel du service financier effectivement fourni, à l'exclusion de toute pénalité, soit un montant calculé selon la règle suivante :

(montant de la cotisation annuelle figurant aux Conditions personnelles du contrat) x 365 / nombre de jours garantis.

4.10.2 Souscription par voie de démarchage

Le souscripteur, personne physique, qui fait l'objet d'un démarchage à son domicile, à sa résidence ou à son lieu de travail, même à sa demande, et qui signe dans ce cadre une proposition d'assurance ou un contrat à des fins qui n'entrent pas dans le cadre de son activité commerciale ou professionnelle, est informé qu'il dispose de la faculté d'y renoncer par lettre recommandée avec demande d'avis de

réception pendant le délai de quatorze (14) jours calendaires révolus à compter du jour de la conclusion du contrat, sans avoir à justifier de motifs ni à supporter de pénalités.

À cet égard, le souscripteur, qui souhaite exercer son droit de renonciation dans les conditions susvisées, peut utiliser le modèle de lettre, présenté ci-dessous, dûment complété par ses soins et envoyé à l'adresse suivante AXA, 313 Terrasses de l'Arche, 92727 Nanterre cedex.

« Je soussigné [Nom – Prénom], demeurant [Adresse du souscripteur], déclare renoncer, en application des dispositions de l'article L. 112-9 du Code des assurances, au contrat d'assurance [Numéro du contrat], souscrit le [Date de la signature des Conditions personnelles], par l'intermédiaire de [Nom de l'intermédiaire ayant commercialisé le contrat].

Date [À COMPLÉTER] Signature [Souscripteur] »

L'exercice de ce droit de renonciation entraîne la résiliation du contrat à compter de la date de réception de la lettre recommandée.

En cas de renonciation, le souscripteur ne peut être tenu qu'au paiement de la partie de cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque a couru, cette période étant calculée jusqu'à la date de la résiliation.

Toutefois, l'intégralité de la cotisation reste due à l'entreprise d'assurance si le souscripteur exerce son droit de renonciation alors qu'un sinistre mettant en jeu la garantie du contrat et dont il n'a pas eu connaissance est intervenu pendant le délai de renonciation.

CHAPITRE 5

Lexique

Aidant

Au titre de ce contrat l'aidant est l'assuré qui assiste son père, sa mère, son fils, sa fille ou son conjoint dépendant.

AMEXA

Assurance Maladie des Exploitants Agricoles

Animaux domestiques

Au titre de ce contrat les animaux domestiques sont les animaux de compagnie, et familiers, appartenant au salarié, et vivant habituellement à son domicile : chiens et/ou chats uniquement, à l'exclusion de toute autre espèce, à condition toutefois qu'ils aient subi les vaccinations dans les délais prescrits par la législation en vigueur en France, le carnet de vaccinations faisant foi, sous réserve des dispositions de la loi n° 99-5 du 06 janvier 1999 relative aux animaux dangereux et errants, et à la protection des animaux.

Les animaux domestiques dressés à l'attaque sont exclus.

Année d'assurance

Une année d'assurance commence à la souscription ou au renouvellement de votre contrat et dure jusqu'à l'échéance principale de votre contrat.

Association

Il s'agit de l'association qui souscrit le contrat de groupe à adhésion facultative définie sur votre certificat d'adhésion.

Base de Remboursement (BR)

Tarif servant de référence à l'assurance maladie obligatoire pour déterminer le montant de son remboursement. 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.

Conditions personnelles

Elles précisent l'identité des personnes assurées, la formule et les garanties choisies. Pour le contrat individuel, il s'agit des conditions particulières. Pour le contrat de groupe à adhésion facultative, il s'agit du certificat d'adhésion.

Court Séjour

Le court séjour inclut les soins de courte durée ou le traitement des affections pendant leur phase aiguë en médecine, chirurgie, obstétrique, odontologie ou psychiatrie.

Cure Thermale

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.

Echéance Intermédiaire

L'échéance intermédiaire est le moment de perception de la fraction de la cotisation annuelle pour des contrats ayant un fractionnement Mensuel, Trimestriel, Semestriel.

Echéance Principale

L'échéance principale est l'échéance du contrat correspondant à sa date anniversaire.

Etablissement de santé

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

Etat de dépendance totale

Est considérée comme étant en état de dépendance totale au titre de ce contrat,

- une personne ayant été reconnue comme dépendante totale au titre d'un contrat AXA Entour'Age ou au titre d'un contrat AGIPI Egard,

ou

- une personne de plus de 60 ans ayant un niveau de dépendance GIR1* ou GIR2*, selon la grille AGGIR,

ou

- une personne de moins de 60 ans:
 - classée par la Sécurité sociale en invalidité de 3^{ème} catégorie,
 - ou bénéficiaire, au titre de la législation sur les accidents du travail, d'une majoration pour tierce personne,
 - ou bénéficiaire de l'Allocation pour Adulte Handicapé (AAH) compte tenu d'un taux d'incapacité permanente de 100 %.

Forfait Journalier Hospitalier

Somme due pour tout séjour hospitalier d'une durée supérieure à 24 h dans un établissement de santé.

Il s'agit d'une participation forfaitaire du patient aux frais d'hébergement et d'entretien entraînés par son hospitalisation. Au 1^{er} janvier 2012, son montant est de 18 € par jour pour un séjour hospitalier en médecine, chirurgie ou obstétrique. Il est de 13,50 € par jour pour un séjour en psychiatrie.

Ce forfait n'est pas remboursé par l'assurance maladie obligatoire, mais, en général, il est pris en charge par l'assurance maladie complémentaire.

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,...).

Forfait de surveillance médical (d'une cure thermale)

Le forfait de surveillance médicale correspond à votre surveillance médicale par le médecin du centre pour l'ensemble des actes médicaux accomplis pendant la durée normale de votre cure. Ces frais se rapportent directement à l'affection qui a provoqué la cure thermale.

S'y ajoutent, éventuellement, des pratiques médicales et complémentaires si ces soins sont inscrits sur la liste des pratiques médicales remboursables et effectuées dans les stations thermales répertoriées dans cette liste.

Forfait thermal

Le forfait thermal correspond aux soins et traitements de la cure elle-même.

Frais de Séjour

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, hébergement, repas...

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 solde étant généralement remboursé par l'assurance maladie complémentaire.

Frais pré et post opératoires

Les frais pré et post opératoires sont les frais de médecine (consultations, examens médicaux, auxiliaires médicaux) et de pharmacie qui précèdent ou suivent une opération chirurgicale et qui ont un rapport direct avec celle-ci. Dans le cadre de notre formule Modulango Hospi, ces frais sont pris en charge lorsqu'ils correspondent à des soins prodigués dans les 30 jours qui précèdent ou qui suivent l'intervention chirurgicale. Dans les autres formules, ces soins et médicaments sont pris en compte dans le cadre des garanties médecine et pharmacie du contrat telles que décrites dans les Conditions Particulières ou Certificat d'Adhésion.

Franchise

Somme déduite des remboursements effectués par l'assurance maladie obligatoire sur les médicaments, les actes paramédicaux et les transports sanitaires depuis le 1^{er} janvier 2008. 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 Complémentaire et de l'Aide Médicale de l'Etat...

Les franchises ne sont pas remboursées par les complémentaires santé « responsables ».

Groupes GIR (Groupes Iso Ressources)

La grille AGGIR (Autonomie Gérontologie Groupe Iso-Ressources) est un outil national d'évaluation de la dépendance déterminant le niveau des aides publiques en cas de dépendance.

- Le GIR 1 comprend les personnes confinées au lit ou en fauteuil ayant perdu leur autonomie mentale, corporelle, locomotrice et sociale, nécessitant une présence continue d'intervenants.
- Le GIR 2 est composé de deux sous-groupes :
 - d'une part, les personnes confinées au lit ou au fauteuil dont les fonctions mentales ne sont pas totalement altérées et qui nécessitent une prise en charge pour la plupart des activités de la vie courante,
 - d'autre part, celles dont les fonctions mentales sont altérées mais qui conservent leurs capacités motrices.
- Le GIR 3 regroupe les personnes ayant conservé leur autonomie mentale et partiellement, leur autonomie locomotrice, mais qui nécessitent plusieurs fois par jour des aides pour leur autonomie corporelle.
- Le GIR 4 comprend les personnes qui ne peuvent pas se lever seules mais qui, une fois debout, peuvent se déplacer à l'intérieur du logement. Elles doivent être aidées pour la toilette et l'habillage.
- Le GIR 5 est composé des personnes qui sont capables de s'alimenter, s'habiller et se déplacer seules. Elles peuvent nécessiter une aide ponctuelle pour la toilette, la préparation des repas et le ménage.
- Le GIR 6 regroupe les personnes qui n'ont pas perdu leur autonomie pour les actes discriminants de la vie quotidienne.

Implantologie Dentaire (Implants)

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.

Médecine douce

Au titre de ce contrat la médecine douce s'entend comme une prestation d'Ostéopathe, Chiropracteur, Acupuncteur ou de Pédicure-Podologue.

Moyen Séjour (Soins de suite ou de réadaptation (SRR))

Le moyen séjour inclut les soins nécessaires à votre rétablissement dans le cadre d'un traitement ou d'une surveillance médicale.

Long Séjour

Le long séjour inclut les soins de longue durée comportant un hébergement pour les personnes n'ayant pas leur autonomie de vie et dont l'état nécessite une surveillance médicale constante et des traitements d'entretien. Les Unités de Soins de Longue Durée accueillent et soignent des personnes présentant une pathologie organique chronique ou un poly-pathologie, soit active au long cours, soit susceptible d'épisodes répétés de décompensation, et pouvant entraîner une perte d'autonomie. Ces situations cliniques requièrent un suivi rapproché, des actes médicaux itératifs, une permanence médicale, une présence infirmière continue et l'accès à un plateau technique minimum.

Orthèse

A la différence de la prothèse qui supplée ou remplace, l'orthèse soutient la partie déficiente du corps (attelle, corset, gouttière, plâtre, etc.).

Participation Forfaitaire d'un Euro

Participation forfaitaire d'un euro 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 6^{ème} mois de grossesse ;
- 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 euros par année civile et par personne.

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

Praticien conventionné, praticien non conventionné

Les pouvoirs publics et les autorités régissant la politique de soins passent des conventions avec les instances représentatives des professionnels de santé. Ces conventions visent à permettre ou faciliter le remboursement des soins par les Assurances Maladies Obligatoires ou Complémentaires en contrepartie d'un encadrement des pratiques et des tarifs.

Les praticiens sont ensuite libre d'adhérer ou non à la convention de leur profession.

En pratique, les tarifs des praticiens conventionnés sont habituellement plus bas que les tarifs des praticiens non conventionnés.

Prise en charge hospitalière

Une prise en charge hospitalière est un document que nous délivrons pour vous éviter l'avance d'argent à certains établissements hospitaliers publics ou privés.

Proche

Au titre de ce contrat, pour la prestation « Retour des proches », est considéré proche d'un assuré au contrat : son conjoint ou concubin notoire, ses ascendants au premier degré vivant sous le même toit, ses descendants au premier degré à charge au sens fiscal du terme ou vivant sous le même toit, voyageant ensemble.

Réduction mammaire importante

Au titre de ce contrat, une réduction mammaire importante est une réduction mammaire de plus de 300 g par sein.

Régime obligatoire

Le régime obligatoire désigne un régime de prévoyance auquel l'assuré est automatiquement soumis et qui est déterminé selon son statut professionnel.

Reste à Charge

Part des dépenses de santé qui reste à la charge de l'assuré social après le remboursement de l'assurance maladie obligatoire. Il est constitué :

- du ticket modérateur ;
- de l'éventuelle franchise ou participation forfaitaire ;
- de l'éventuel dépassement d'honoraires.

L'assurance maladie complémentaire couvre tout ou partie du reste à charge.

Secteur 1 / Secteur 2

Les tarifs pratiqués par les médecins conventionnés avec l'assurance maladie obligatoire et la base de remboursement de cette dernière varient en fonction de la discipline du médecin (généraliste ou spécialiste) et de son secteur d'exercice (secteur 1 ou secteur 2).

- Le médecin conventionné de secteur 1 applique le tarif fixé par la convention nationale conclue entre l'assurance maladie obligatoire et les représentants syndicaux de la profession (tarif opposable). Les dépassements d'honoraires ne sont autorisés qu'en cas de demande particulière du patient, comme par exemple, une consultation en dehors des heures habituelles d'ouverture du cabinet du médecin.
- Le médecin conventionné de secteur 2 pratique des honoraires libres. Il est autorisé à facturer des dépassements d'honoraires avec «tact et mesure».

Les professionnels de santé ont l'obligation d'afficher «de manière lisible et visible dans leur salle d'attente» leur secteur d'activité, leurs honoraires et le montant d'au moins cinq prestations les plus couramment pratiquées. Les médecins de secteur 2 doivent «donner préalablement toutes les informations sur les honoraires qu'ils comptent pratiquer».

Dans tous les cas, les dépassements d'honoraires ne sont pas remboursés par l'assurance maladie obligatoire, mais peuvent être pris en charge par l'assurance maladie complémentaire.

Sauf cas particuliers, les professionnels de santé ont l'interdiction de pratiquer des dépassements d'honoraires aux bénéficiaires de la couverture maladie universelle complémentaire et de l'aide médicale d'Etat.

Tarif d'autorité (TA) Cf. Base de Remboursement

Tarif de convention (TC) Cf. Base de Remboursement

Tarif de responsabilité (TR) Cf. Base de Remboursement

Télétransmission

La télétransmission est la transmission informatisée des feuilles de soins et des décomptes de santé entre les partenaires de Santé. Cela peut-être :

- la télétransmission du prestataire de santé (médecin, pharmacien, laboratoire, etc.) vers l'organisme gestionnaire de votre régime obligatoire,
- la télétransmission entre l'organisme gestionnaire de votre régime obligatoire et l'organisme gestionnaire de votre complémentaire santé. Dans ce cas votre décompte de Sécurité sociale intègre la mention « le double est transmis à votre organisme complémentaire ».

Ticket Modérateur (TM)

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 l'assuré est atteint d'une affection de longue durée (ALD)...

Le ticket modérateur est généralement pris en charge par l'assurance maladie complémentaire.

La participation forfaitaire d'un euro, les franchises et des dépassements d'honoraires s'ajoutent éventuellement au ticket modérateur, l'ensemble de ces frais constituant le reste à charge.

Vous

Aux chapitres 1 et 4, le souscripteur du contrat ou l'adhérent à l'association.

Aux chapitres 2 et 3, toutes les personnes assurées qui sont précisées aux Conditions personnelles.

CONSEILS D'UTILISATION

Sans négliger sa santé, il est possible de limiter certains postes de dépenses en adoptant de nouveaux réflexes :

- Ne pas communiquer vos taux de remboursement aux professionnels de santé.
- Privilégier les médecins de secteur 1*.
- Privilégier si possible le recours aux professionnels partenaires (opticiens, chirurgiens dentistes, audioprothésistes). Nous avons négocié auprès d'eux des tarifs préférentiels. Dans la plupart des cas vous êtes mieux remboursé.
- Lorsque le recours à un professionnel partenaire n'est pas possible, effectuer plusieurs devis : pour une même prestation, les différences de prix sont parfois importantes ; nos services peuvent analyser ces devis et vous conseiller.
- Avant une hospitalisation, il est recommandé de demander un devis préalable à l'établissement de santé et de nous l'adresser. Nos services analyseront ce devis et vous feront un retour.
- Avant d'engager les soins, il est recommandé de recourir au simulateur de remboursement disponible sur le site web axa.fr. qui vous donnera pour certains cas une indication sur les montants pris en charge.

Ces précautions permettent de lutter efficacement contre les dépassements d'honoraires et ainsi de limiter les dépenses restant à la charge de la communauté des assurés. Dans un système solidaire, les abus et gaspillages pénalisent l'ensemble des assurés.

Votre interlocuteur AXA

www.axa.fr

