

Santé

Conditions Générales

Santé Entreprise

Surcomplémentaire non responsable



Novembre 2017

 assurance **citoyenne**

réinventons / notre métier



Votre contrat est constitué des documents suivants :

- **les Conditions générales**

elles exposent l'ensemble des dispositions du contrat et de la garantie FRAIS DE SANTÉ.

- **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** est la personne morale ou le chef d'entreprise qui conclut un contrat pour 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'adhérent** est le salarié du groupe assuré ;
- **les bénéficiaires** sont l'adhérent et ses ayants droit définis au Titre III - article 14 ;
- **le contrat socle obligatoire** est le contrat d'assurance de groupe obligatoire complémentaire à la Sécurité sociale, en complément duquel intervient le présent contrat ; son numéro figure dans les **Conditions particulières**.

section	page	contenu du chapitre
Titre I Les dispositions relatives à votre contrat	2	Article 1. Votre contrat
	2	Article 2. La durée de votre contrat
	2	Article 3. La révision de votre contrat
	2	Article 4. Les cotisations
	3	Article 5. Ce que vous devez nous déclarer
	4	Article 6. La <u>compensation</u> des opérations liées à votre contrat
	4	Article 7. Les informations dues aux <u>adhérents</u>
	4	Article 8. Les réclamations
	5	Article 9. La prescription
	6	Article 10. Les mesures restrictives définies par la réglementation française et internationale
	6	Article 11. Les mesures de lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme
Titre II Les dispositions relatives aux <u>adhérents</u>	7	Article 12. Les conditions d'adhésion au contrat
	7	Article 13. La durée de la garantie
Titre III Les dispositions relatives à la garantie frais de santé	8	Article 14. Les <u>bénéficiaires</u> de la garantie
	8	Article 15. Nos remboursements de frais de santé
Titre IV Les maintiens de garantie dont bénéficient vos salariés	10	Article 16. Maintien des garanties en cas de rupture du contrat de travail ouvrant droit à prise en charge par le régime d'assurance chômage
	11	Article 17. Maintien des garanties conforme à l'article 4 de la loi Evin n° 89-1009 du 31 décembre 1989
Annexe - Définitions	12	

Titre I

Les dispositions relatives à votre contrat

Article 1. Votre contrat

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

Il est régi par le Code des assurances. Notre autorité de contrôle est l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution, située 61, rue Taitbout, 75009 Paris.

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.

Il est émis hors du cadre législatif relatif aux contrats d'assurance complémentaire de santé, dits « contrats responsables » (articles L 871-1 et L 322-2 du Code de la Sécurité sociale et décrets d'application).

Article 2. La durée de votre contrat

1. 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 premiers janviers par accord tacite.

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

2. La résiliation

Vous, comme nous, pouvons résilier le présent contrat. Pour cela, une lettre recommandée doit être adressée à la partie concernée, au plus tard **deux 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.

Article 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 à l'article 2, à la fin du trimestre civil suivant la date d'envoi d'une lettre recommandée.

Article 4. Les cotisations

1. Le montant de votre cotisation

Le taux de cotisation est indiqué dans vos **Conditions particulières** en pourcentage du plafond annuel de la Sécurité sociale en vigueur au 1^{er} 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.

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 1^{er} janvier de chaque année :

- Cette indexation majore votre taux de cotisation dans le rapport de l'évolution de la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM) et de l'évolution du plafond annuel de la Sécurité sociale.

- L'évolution de la consommation de soins et de biens médicaux retenue est la moyenne des deux derniers taux d'évolution de la consommation de services et biens médicaux 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 1^{er} janvier.

2. Les modalités de règlement de vos cotisations

• Le règlement de vos cotisations

La cotisation est payable trimestriellement dans les conditions suivantes :

- dans les dix premiers jours des mois d'avril, de juillet et d'octobre, vous versez la cotisation respectivement due pour chacun des trois premiers trimestres civils écoulés,
- dans les dix premiers jours du mois de janvier de l'année suivante, vous versez le solde de la cotisation annuelle. Celui-ci est égal à la différence entre la cotisation due au titre de l'année d'assurance écoulée et les sommes versées au titre des trois premiers trimestres de cette même année.

Le paiement doit être établi à notre nom.

• En cas de non-règlement de vos 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 trente jours après son envoi,
- la résiliation de votre contrat, sans autre avis, dix jours plus tard, soit quarante 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 quarante jours. À défaut, le contrat sera résilié.

Article 5. Ce que vous devez nous déclarer

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

- la liste des adhérents : liste nominative des salariés à assurer, y compris ceux qui bénéficiaient 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, et un RIB, RIP ou RICE.

2. 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 trente jours, les informations relatives aux changements de situation de famille,
- dans les plus brefs délais et avant trente 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 à l'article 16,

- lors du paiement de vos cotisations des trois premiers trimestres, notre appel de cotisations dûment complété par vos soins,
- lors du paiement de votre cotisation du quatrième trimestre, la liste nominative des adhérents accompagnée de notre appel des cotisations. Sur la liste nominative, vous ferez figurer, pour chaque adhérent ayant bénéficié de ce contrat, ses nom, prénom, date de naissance, situation de famille. Si des adhérents ont quitté le groupe assuré ou si des nouveaux y sont entrés, vous nous préciserez leurs dates de départ ou d'arrivée. Sur notre appel des cotisations, vous indiquerez le solde des cotisations dues au titre de l'année d'assurance.

Article 6. La compensation des opérations liées à votre contrat

Les sinistres et cotisations de votre contrat sont mutualisés avec ceux des autres contrats santé souscrits auprès de l'assureur.

Article 7. Les informations dues aux adhérents

Vous êtes légalement tenu :

- de remettre aux adhérents un exemplaire de la notice d'information que nous vous fournissons. Y sont précisées les garanties, les modalités d'entrée en vigueur des garanties ainsi que les formalités en cas de sinistre,
- d'informer ces adhérents 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 adhérents.

Article 8. Les réclamations

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, vous pourrez ensuite faire appel au Médiateur, personnalité indépendante, en vous adressant à l'association La Médiation de l'Assurance à l'adresse suivante :

Par mail : sur le site www.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.

Article 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 deux ans à compter de l'évènement qui y donne naissance.

Toutefois, ce délai ne court :

- 1° en cas de réticence, omission, déclaration fausse 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 dix 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 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.

Article 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.

Article 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 L 561-1 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.

Titre II

Les dispositions relatives aux adhérents

Article 12. Les conditions d'adhésion au contrat

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

Article 13. La durée de la garantie

1. Le début de la garantie

L'adhérent 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.

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.

2. La fin de la garantie

L'adhérent 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 des garanties tel que prévu à l'article 16,
- 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 de l'adhérent pendant lesquels son 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.

Titre III

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).

Article 14. Les bénéficiaires de la garantie

Les bénéficiaires de la garantie sont l'adhérent et les mêmes ayants droit que ceux bénéficiant du contrat socle obligatoire.

Article 15. Nos remboursements de frais de santé

1. 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 322-2 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'adhérent 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).

2. Les frais que nous prenons en charge

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

- **La médecine courante**

- 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...).

- **La prévention**

- les vaccins non pris en charge par la Sécurité sociale et prescrits par un médecin dans les conditions prévues par leur autorisation de mise sur le marché,
- une consultation prescrite par un médecin chez un diététicien par enfant de moins de 12 ans.

- **Les frais de transport**

- **La pharmacie**

- **Le dentaire**

- les consultations et soins dentaires (y compris l'endodontie, les actes de prophylaxie et de prévention), la radiologie, la chirurgie et la parodontologie prise en charge par la Sécurité sociale,

- les prothèses fixes, et appareils amovibles (y compris appareils transitoires et réparations) pris en charge par la Sécurité sociale,
- l'orthodontie prise en charge par la Sécurité sociale.

• **L'optique**

- la monture,
- les verres,
- les lentilles de contact correctrices prises en charge ou non par la Sécurité sociale,
- l'opération de la myopie et de l'hypermétropie par laser prise en charge ou non par la Sécurité sociale.

• **L'auditif**

- les prothèses auditives.

• **Les appareillages et prothèses diverses (autres que les prothèses dentaires ou auditives)**

- pansements, béquilles, prothèses mammaires, capillaires...

• **L'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 6^e jour d'hospitalisation, les cinq premiers jours étant pris en charge au titre de la maternité. En cas de césarienne, les frais (y compris les dépassements d'honoraires) sont pris en charge dès le 1^{er} jour au titre de l'hospitalisation.

L'indemnisation :

- des soins de suite ou de réadaptation dans le cadre de séjours pris en charge 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.

• **Les cures thermales**

- les frais médicaux,
- les frais de séjour,
- les frais de transport.

pour la même durée que celle prise en charge par la Sécurité sociale.

• **La maternité**

les frais d'accouchement (et des cinq premiers jours d'hospitalisation) d'une bénéficiaire de la garantie.

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.

Titre IV

Les maintiens de garantie dont bénéficient vos salariés

Article 16. Maintien des garanties en cas de rupture du contrat de travail ouvrant droit à prise en charge par le régime d'assurance chômage

Nous maintenons les garanties du contrat à vos 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.

1. Bénéficiaires du maintien

Peuvent bénéficier du présent maintien vos anciens salariés, déclarés selon les modalités du paragraphe 3, 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 à votre salarié au jour de la rupture de son contrat de travail.

Le maintien demandé par votre ancien salarié s'applique à l'ensemble de ses ayants droit dans les conditions et termes des garanties maintenues, si ces derniers étaient couverts au titre du présent contrat.

2. Prise d'effet 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 nous l'aurez déclarée, dans la limite de 12 mois.

3. 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 à votre 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.

4. Cessation du maintien des garanties

Nous cessons le maintien des garanties à la survenance du premier des événements ci-dessous :

- au terme de la durée maximale prévue au paragraphe 2 ci-dessus,
- au jour où l'adhérent 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 toutefois demander, dans les six mois qui suivent l'expiration de ce maintien, à bénéficier des possibilités qui leur sont offertes par l'article 4 de la Loi Evin du 31 décembre 1989 conformément à l'article 17.

5. Cotisation

Ce maintien de garantie est accordé sans contrepartie de cotisation.

Article 17. Maintien des garanties conforme à l'article 4 de la loi Evin n° 89-1009 du 31 décembre 1989

Pour permettre à vos anciens salariés de bénéficier d'un maintien des garanties Frais de santé, nous leur proposons une assurance à adhésion facultative. Ils doivent nous faire la demande d'adhésion dans les six mois qui suivent la rupture de leur contrat de travail ou, le cas échéant, dans les six 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 deux 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.

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.

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 (s'ils ont bénéficié du maintien prévu à l'article 16 ci-dessus, la période de 6 mois s'entend à compter de la fin dudit maintien).

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 14) au plus tard dans deux 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 six mois qui suivent le décès.

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

Annexe - Définitions

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...

Adhérent

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.

Appel de cotisations

Document qui vous permet de calculer la cotisation à payer.

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.

Ayants droit

Membres de la famille de l'adhérent définis à l'article 14 des Conditions générales.

Base de remboursement

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.

Bénéficiaires

Adhérent et ses ayants droit.

Chambre particulière

Prestation proposée par les établissements de santé, permettant à un patient hospitalisé d'être hébergé dans une chambre individuelle.

La chambre individuelle n'est pas remboursée par l'assurance maladie obligatoire, car le patient peut demander à être hébergé en chambre commune (sauf lorsque la prescription médicale impose l'isolement dans un établissement psychiatrique ou de soins de suite).

Son coût varie selon les établissements. Il peut être remboursé par la Complémentaire santé.

Compensation

Mécanisme de mutualisation des contrats d'assurance.

Consommation de soins et de bien médicaux (CSBM)

Indice macroéconomique.

Contrat responsable

Contrat souscrit dans le cadre du dispositif législatif relatif aux contrats d'assurance complémentaire de santé, dits « contrats responsables », conformément aux articles L 871-1 et L 322-2 du Code de la Sécurité sociale et à leurs décrets d'application. En conséquence :

- il prend en charge :
 - l'intégralité de la participation de l'adhérent 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, ainsi que pour l'homéopathie,
 - les équipements d'optique médicale dans la double limite des minima et maxima fixés par décret,
 - l'intégralité du forfait journalier des établissements hospitaliers sans limitation de durée.
- il ne prend pas en charge :
 - les dépassements d'honoraires des médecins non adhérents au contrat d'accès aux soins au-delà de la limite fixée par décret,
 - la majoration de la participation de l'adhérent 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 (forfait actes lourds)).

et de manière générale, 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.

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. Établissements 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 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.

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.

Établissement de santé

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

Forfait actes lourds

Participation forfaitaire de 18 € 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 (91 € en 2010, 120 € en 2011), ou dont le coefficient (multiplicateur utilisé par l'assurance maladie obligatoire pour calculer le tarif de cet acte) est égal ou supérieur à 50.

Certains actes ne sont pas concernés par le forfait à 18 € (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

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

Il s'agit d'une participation forfaitaire due par le patient aux frais d'hébergement et d'entretien entraînés par son hospitalisation. Au 1^{er} janvier 2014, 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 la Complémentaire santé.

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,...).

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 réels

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

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, femmes enceintes durant toute la durée de la grossesse.

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

Groupe assuré

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

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 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.

Inlays et onlays

Techniques permettant de reconstruire la dent tout en la gardant vivante. Dans le cas de caries de volume important, la réalisation d'un inlay ou d'un onlay permet souvent d'éviter de réaliser une prothèse dentaire. Différents matériaux peuvent être utilisés (métalliques, en composite ou en céramique).

Le chirurgien-dentiste pratique le plus souvent des dépassements sur ces actes. Il est judicieux de lui demander un devis avant qu'il effectue ces soins.

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 2 verres. Elles permettent de corriger la plupart des problèmes de vue (myopie, hypermétropie, astigmatisme, presbytie et aphakie).

Le prix des verres varie selon le type de correction (verres unifocaux ou multifocaux, verres progressifs), la qualité et le traitement appliqués aux verres (verres amincis, traitement antireflets ou anti-rayures, verres incassables...).

Le remboursement de l'assurance maladie obligatoire est très inférieur aux dépenses réelles. Par exemple, pour un adulte, il est de 1,85 € pour une monture (65 % de 2,84 €), et au maximum de 15,95 € par verre (65 % de 24,54 €) au 1^{er} janvier 2010.

Les opticiens ont l'obligation de remettre à l'adhérent un devis préalable à la vente comportant le prix de la monture et de chaque verre, ainsi que le remboursement de ceux-ci par l'assurance maladie obligatoire.

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

Médecin généraliste ou spécialiste déclaré par le patient auprès de l'assurance maladie obligatoire. Il réalise les soins de premier niveau et assure une prévention personnalisée. Il coordonne les soins et oriente, si besoin, le patient vers d'autres professionnels de santé.

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 cinq catégories correspondant à différents niveaux de prise en charge par l'assurance maladie obligatoire.

Les prix des médicaments non remboursés par l'assurance maladie sont libres et peuvent varier d'une pharmacie à l'autre. En revanche, les médicaments qui ont un prix fixé par le Comité Économique des Produits de Santé (CEPS) ont 4 niveaux de remboursement possibles par l'assurance maladie obligatoire :

100 % pour les médicaments irremplaçables et particulièrement 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,

15 % pour les médicaments dont le service médical rendu est faible ou insuffisant.

Certains médicaments ne peuvent vous être délivrés que sur prescription médicale. D'autres peuvent vous 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.

Nomenclature

Les nomenclatures définissent les actes, produits et prestations qui sont pris en charge par l'assurance maladie obligatoire et les conditions de leur remboursement. Les principales nomenclatures sont les suivantes :

- pour les actes réalisés par les sages-femmes et auxiliaires médicaux, ainsi que les actes cliniques des médecins (consultations, visites), il s'agit de la Nomenclature Générale des Actes Professionnels (NGAP),
- pour les actes réalisés par les chirurgiens-dentistes, pour les actes techniques médicaux, paramédicaux (actes de chirurgie, anesthésie...), et pour les actes d'imagerie, il s'agit de la Classification Commune des Actes Médicaux (CCAM),
- pour les actes de biologie médicale, il s'agit de la Nomenclature des Actes de Biologie Médicale (NABM),
- pour les biens médicaux hors médicaments (appareillage...), il s'agit de la Liste des Produits et Prestations (LPP),
- pour les soins hospitaliers, il s'agit de groupes homogènes de séjours (GHS).

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 remboursé 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

Les maladies parodontales 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...). L'assurance maladie obligatoire ne rembourse qu'une partie de ces traitements. Ces frais peuvent en revanche être pris en charge par certaines complémentaires santé.

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 6^e 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 € 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).

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 artificiellement la partie visible de la dent pour la protéger. Lorsque la couronne porte sur plusieurs dents, on l'appelle un « bridge ».
- 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.

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.

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 les traitements, la nature du risque concerné (maladie, maternité, accident du travail...), ou selon que l'assuré est atteint d'une affection de longue durée (ALD)...

Le ticket modérateur est généralement pris en charge par la Complémentaire santé.

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.

Votre interlocuteur AXA

Entreprise Responsable, AXA France développe depuis plusieurs années des produits d'assurance à dimension sociale et environnementale.



Cette offre appartient à la gamme « Assurance citoyenne ». Par cette démarche, AXA s'engage à plus de confiance, plus de prévention, plus de solidarité, plus d'engagement pour l'environnement, en proposant des produits d'assurance qui répondent aux besoins de votre entreprise mais aussi à ceux de la société dans son ensemble. Pour en savoir plus sur les atouts citoyens de cette offre, rendez-vous sur axa.fr

Rejoignez-nous sur
axa.fr



facebook.com/axavotreservice



twitter.com/axavotreservice

