



Santé

# Cahier Ma Santé

Mai 2022



# Sommaire

---

■ Ma Santé Hospi Tradi .....	4
■ Ma Santé Eco Tradi .....	6
■ Ma Santé 100% Tradi .....	8
■ Ma Santé 100% Tradi avec Module Hospi .....	11
■ Ma Santé 100% Tradi avec Module Optique Dentaire .....	14
■ Ma Santé 100% Tradi avec Module Confort .....	17
■ Ma Santé 100% Tradi avec Modules Hospi + Optique Dentaire .....	20
■ Ma Santé 100% Tradi avec Modules Hospi + Confort .....	23
■ Ma Santé 100% Tradi avec Modules Optique Dentaire + Confort .....	26
■ Ma Santé 100% Tradi avec Modules Hospi + Optique Dentaire + Confort.....	29
■ Ma Santé 100% Néo .....	32
■ Ma Santé 100% Néo avec Module Hospi .....	35
■ Ma Santé 100% Néo avec Module Optique Dentaire .....	38
■ Ma Santé 100% Néo avec Module Confort.....	41
■ Ma Santé 100% Néo avec Modules Hospi + Optique Dentaire .....	44
■ Ma Santé 100% Néo avec Modules Hospi + Confort .....	47
■ Ma Santé 100% Néo avec Modules Optique Dentaire + Confort.....	50
■ Ma Santé 100% Néo avec Modules Hospi + Optique Dentaire + Confort.....	53
■ Ma Santé 125% Tradi.....	56
■ Ma Santé 125% Tradi avec Module Hospi .....	59
■ Ma Santé 125% Tradi avec Module Optique Dentaire .....	62
■ Ma Santé 125% Tradi avec Module Confort .....	65
■ Ma Santé 125% Tradi avec Modules Hospi + Optique Dentaire .....	68
■ Ma Santé 125% Tradi avec Modules Hospi + Confort .....	71
■ Ma Santé 125% Tradi avec Modules Optique Dentaire + Confort .....	74
■ Ma Santé 125% Tradi avec Modules Hospi + Optique Dentaire + Confort.....	77
■ Ma Santé 125% Néo .....	80
■ Ma Santé 125% Néo avec Module Hospi .....	83
■ Ma Santé 125% Néo avec Module Optique Dentaire .....	86
■ Ma Santé 125% Néo avec Module Confort.....	89
■ Ma Santé 125% Néo avec Modules Hospi + Optique Dentaire .....	92
■ Ma Santé 125% Néo avec Modules Hospi + Confort .....	95
■ Ma Santé 125% Néo avec Modules Optique Dentaire + Confort .....	98
■ Ma Santé 125% Néo avec Modules Hospi + Optique Dentaire + Confort.....	101
■ Ma Santé 150% Néo .....	104
■ Ma Santé 150% Néo avec Module Hospi .....	107
■ Ma Santé 150% Néo avec Module Optique Dentaire .....	110
■ Ma Santé 150% Néo avec Module Confort .....	113
■ Ma Santé 150% Néo avec Modules Hospi + Optique Dentaire .....	116
■ Ma Santé 150% Néo avec Modules Hospi + Confort .....	119
■ Ma Santé 150% Néo avec Modules Optique Dentaire + Confort .....	122
■ Ma Santé 150% Néo avec Modules Hospi + Optique Dentaire + Confort.....	125
■ Ma Santé 200% Néo .....	128
■ Ma Santé 200% Néo avec Module Optique Dentaire.....	131
■ Ma Santé 400% Tradi.....	134
■ Grille Optique A .....	137
■ Grille Optique B .....	138
■ Grille Optique C .....	139
■ Grille Optique D .....	140



# Ma Santé Hospi Tradi



## Règles générales applicables aux garanties

Les mots ou expressions soulignés sont définis dans le lexique de vos Conditions générales ou de votre Notice d'information.

### Bien comprendre votre tableau de garanties

**Nous prenons en charge uniquement les frais qui ont préalablement donné lieu à un remboursement par votre régime obligatoire d'assurance maladie français** sauf lorsque cela est explicitement mentionné dans le tableau de garanties.

Vos garanties sont exprimées **en pourcentage de la base de remboursement de la Sécurité sociale**, en fait en Euro ou en une combinaison des deux.

- Les pourcentages intègrent les remboursements de votre régime obligatoire d'assurance maladie. Notre remboursement couvre la différence entre le taux remboursé par la Sécurité sociale et le taux affiché.
- Les forfaits exprimés en Euro s'entendent **par assuré**. Lorsqu'ils sont définis par an, il s'agit de l'année d'assurance. Ils viennent en complément des remboursements de votre régime obligatoire d'assurance maladie français sauf indication spécifique. Ces forfaits ne sont pas reportables d'une année sur l'autre.

Votre contrat ne prend pas en charge le "100% santé".

Les garanties du tableau sont explicitées dans vos Conditions générales ou votre Notice d'information.

### Bon à savoir

- Le total des remboursements que vous percevez ne peut en aucun cas dépasser les frais réels engagés.
- La participation forfaitaire ainsi que les franchises sur les médicaments, sur les actes effectués par un auxiliaire médical et sur les transports ne sont pas prises en charge.
- Si vous ne respectez pas le parcours de soins, nous ne prenons pas en charge l'ensemble des pénalités appliquées par la Sécurité sociale (majoration du ticket modérateur, augmentation autorisée des tarifs conventionnels).

**Des exclusions et des limitations de garanties générales sont indiquées dans vos Conditions générales ou votre Notice d'information. Pour les soins à l'étranger, se reporter à la rubrique « Soins à l'étranger » dans vos Conditions générales ou votre Notice d'information.**

HOSPITALISATION	
<b>Honoraires</b>	
Honoraires des médecins	400% <sup>(1)</sup>
<b>Frais de séjour</b>	
Ticket modérateur sur le prix de journée ou sur les actes peu coûteux, participation forfaitaire pour les actes coûteux	
- En établissement conventionné	Frais réels
- En établissement non conventionné	100%
<b>Forfait journalier hospitalier</b>	
Forfait journalier hospitalier	Frais réels
<b>Chambre particulière et lit pour accompagnant</b>	
Chambre particulière non remboursée par la Sécurité sociale (dans la limite de 30 jours par année d'assurance en moyen séjour)	
- avec nuitée	90 €/jour
- sans nuitée (en ambulatoire)	45 €/jour
Lit pour accompagnant non remboursé par la Sécurité sociale	
	15 €/jour
<b>Frais pré et post opératoires</b>	
Frais pré et post opératoires (en lien avec une intervention chirurgicale et effectués dans les 30 jours qui la précèdent ou la suivent)	150% <sup>(1)</sup>
<b>Confort à l'hôpital</b>	
Télévision, connexion internet, téléphone (dans la limite de 30 jours par année d'assurance en moyen séjour)	10 €/jour
<b>Hospitalisation à domicile (HAD)</b>	
Hospitalisation à domicile (HAD)	150%

<sup>(1)</sup> Les 3 premiers mois d'assurance le taux de remboursement est limité à 100%, sauf en cas d'accident, dans ce cas le taux entier est appliqué, ou en cas de reprise de contrat à la concurrence, dans ce cas le taux de votre ancien contrat est appliqué sans pouvoir excéder les limites prévues au tableau ci-dessus. Cela s'applique à la souscription du contrat et lors de l'ajout d'un bénéficiaire à l'exception des nouveaux-nés.

## TRANSPORT SANITAIRE

Transports prescrits pour l'hospitalisation 150%

## SUIVI ANNUEL

Médecin généraliste : **1 consultation** par assuré et par année d'assurance 100%

Chirurgien-dentiste : **1 détartrage** par assuré et par année d'assurance 100%

Bilan sanguin 30 € /an

## ASSISTANCE

**La description ci-dessous est un résumé des garanties d'assistance.** Se référer à vos Conditions générales ou votre Notice d'information pour avoir la description complète des garanties, des limitations et des conditions d'utilisation.

Aide-ménagère suite à une hospitalisation de plus de 24 heures et par dérogation dans les cas prévus dans vos Conditions générales ou votre Notice d'information Dans la limite de 40 heures par an

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

Garde-enfants pendant une hospitalisation de plus de 24 heures Une fois par an dans la limite de 40 heures

Garde-animaux pendant une hospitalisation de plus de 24 heures Une fois par an dans la limite de 250 €

Soutien scolaire suite à une immobilisation au domicile ou une hospitalisation 12 semaines par an dans la limite de 15 heures par semaine

## SOINS COURANTS

Consultations, visites et actes (radio, petite chirurgie) de médecins généralistes ou spécialistes, examens médicaux (biologie, analyse médicale), auxiliaires médicaux, médicaments, matériel médical, médecine douce, etc. Non pris en charge sauf frais pré et post opératoires et actions de prévention comme indiqués ci-dessus

## Autres garanties hors hospitalisation et prévention

Optique (lunettes, lentilles, opérations de chirurgie réfractive, etc.), dentaires (soins hors détartrage prothèse, orthodonties etc.), aides auditives, cures thermales, etc. Non pris en charge

Document non contractuel

AXA France Vie - S.A. au capital de 487 725 073,50 € - RCS Nanterre 310 499 959- TVA intracommunautaire n° FR 62 310 499 959. AXA Assurances Vie Mutuelle - Société d'assurance mutuelle sur la vie et de capitalisation à cotisations fixes - Siren 353 457 245 - TVA intracommunautaire n° FR 48 353 457 245 . AXA France IARD - S.A. au capital de 214 799 030 € - RCS Nanterre 722 057 460 - TVA intracommunautaire n° FR 14 722 057 460. AXA Assurances IARD Mutuelle - Société d'assurance mutuelle à cotisations fixes contre l'incendie, les accidents et risques divers - Siren 775 699 309 - TVA intracommunautaire n° FR 39 775 699 309. Sièges sociaux : 313, Terrasses de l'Arche 92727 Nanterre Cedex. Entreprises régies par le Code des assurances.

Sommaire

MAHOSNR



# Ma Santé Eco Tradi



## Règles générales applicables aux garanties

Les mots ou expressions soulignés sont définis dans le lexique de vos Conditions générales ou de votre Notice d'information.

### Bien comprendre votre tableau de garanties

**Nous prenons en charge uniquement les frais qui ont préalablement donné lieu à un remboursement par votre régime obligatoire d'assurance maladie français** sauf lorsque cela est explicitement mentionné dans le tableau de garanties.

Vos garanties sont exprimées **en pourcentage de la base de remboursement de la Sécurité sociale**, en forfait en Euro ou en une combinaison des deux.

- Les pourcentages intègrent les remboursements de votre régime obligatoire d'assurance maladie. Notre remboursement couvre la différence entre le taux remboursé par la Sécurité sociale et le taux affiché.
- Les forfaits exprimés en Euro s'entendent **par assuré**. Lorsqu'ils sont définis par an, il s'agit de l'année d'assurance. Ils viennent en complément des remboursements de votre régime obligatoire d'assurance maladie français sauf indication spécifique. Ces forfaits ne sont pas reportables d'une année sur l'autre.

Votre contrat ne prend pas en charge le "100% santé".

Les garanties du tableau sont explicitées dans vos Conditions générales ou votre Notice d'information.

### Bon à savoir

- Le total des remboursements que vous percevez ne peut en aucun cas dépasser les frais réels engagés.
- La participation forfaitaire ainsi que les franchises sur les médicaments, sur les actes effectués par un auxiliaire médical et sur les transports ne sont pas prises en charge.
- Si vous ne respectez pas le parcours de soins, nous ne prenons pas en charge l'ensemble des pénalités appliquées par la Sécurité sociale (majoration du ticket modérateur, augmentation autorisée des tarifs conventionnels).

**Des exclusions et des limitations de garanties générales sont indiquées dans vos Conditions générales ou votre Notice d'information. Pour les soins à l'étranger, se reporter à la rubrique « Soins à l'étranger » dans vos Conditions générales ou votre Notice d'information.**

HOSPITALISATION	
<b>Honoraires</b>	
Honoraires des médecins	100%
<b>Frais de séjour</b>	
Ticket modérateur sur le prix de journée ou sur les actes peu coûteux, participation forfaitaire pour les actes coûteux	
- En établissement conventionné	Frais réels
- En établissement non conventionné	100%
<b>Forfait journalier hospitalier</b>	
Forfait journalier hospitalier	Frais réels
<b>Hospitalisation à domicile (HAD)</b>	
Hospitalisation à domicile (HAD)	100%
<b>Autres dépenses à l'hôpital</b>	
Chambre particulière, lit pour accompagnant, Télévision, connexion internet, téléphone, etc.	Non pris en charge
SOINS COURANTS	
<b>Honoraires médicaux</b>	
Consultations, actes (radio, petite chirurgie) et visites de médecins généralistes et spécialistes	95%
<b>Analyses et examens de laboratoire</b>	
Examens médicaux (biologie, analyse médicale)	100%
<b>Honoraires paramédicaux</b>	
Auxiliaires médicaux (par exemple : infirmier et infirmière, sage-femme, kinésithérapeute, orthophoniste, orthoptiste)	95%
<b>Médicaments</b>	
Médicaments à service médical rendu majeur ou important (ex-vignette blanche)	95%
Médicaments à service médical rendu modéré (ex-vignette bleue)	95%
Médicaments à service médical rendu faible (ex-vignette orange)	Non pris en charge

<b>Matériel médical</b>	
Prothèses, pansements, petits matériels et autres produits définis sur la Liste des Produits et Prestations remboursables de la Sécurité sociale (hors lunettes et aides auditives pour lesquelles se référer à leurs lignes spécifiques).	95%
<b>Médecine douce et prévention</b>	
Médecine douce	Non pris en charge
Forfait prévention	
- Sevrage tabagique : Tous les médicaments et produits à base de nicotine prescrits par un médecin, dans un but de sevrage tabagique (avec Autorisation de Mise sur le Marché ou norme Afnor) même non remboursés par la Sécurité sociale	30 € /an
- Vaccin antigrippe prescrit non remboursé par la Sécurité sociale	
- Consultation diététicien non remboursée par la Sécurité sociale	
<b>TRANSPORT SANITAIRE</b>	
Transports prescrits pour l'hospitalisation ou la médecine de ville	100%
<b>DENTAIRE</b>	
<b>Soins</b>	
Consultations et soins dentaires (dentistes et chirurgiens-dentistes) ; Parodontologie ; Inlay, onlay	95%
<b>Prothèses</b>	
Prothèses, Orthodontie	Non pris en charge
<b>ASSISTANCE</b>	
<b>La description ci-dessous est un résumé des garanties d'assistance.</b> Se référer à vos Conditions générales ou votre Notice d'information pour avoir la description complète des garanties, des limitations et des conditions d'utilisation.	
Aide-ménagère suite à une hospitalisation de plus de 24 heures et par dérogation dans les cas prévus dans vos Conditions générales ou votre Notice d'information	Dans la limite de 40 heures par an
Garde-malade suite à une hospitalisation de plus de 24 heures	Une fois par an dans la limite de 40 heures
Garde-enfants pendant une hospitalisation de plus de 24 heures	Une fois par an dans la limite de 40 heures
Garde-animaux pendant une hospitalisation de plus de 24 heures	Une fois par an dans la limite de 250 €
Soutien scolaire suite à une immobilisation au domicile ou une hospitalisation	12 semaines par an dans la limite de 15 heures par semaine
<b>OPTIQUE, AIDES AUDITIVES</b>	
Lunettes, lentilles, Chirurgie réfractive, Aide auditive et accessoires, Cure Thermale	Non pris en charge

Document non contractuel

AXA France Vie - S.A. au capital de 487 725 073,50 € - RCS Nanterre 310 499 959- TVA intracommunautaire n° FR 62 310 499 959. AXA Assurances Vie Mutuelle - Société d'assurance mutuelle sur la vie et de capitalisation à cotisations fixes - Siren 353 457 245 - TVA intracommunautaire n° FR 48 353 457 245. AXA France IARD - S.A. au capital de 214 799 030 € - RCS Nanterre 722 057 460 - TVA intracommunautaire n° FR 14 722 057 460. AXA Assurances IARD Mutuelle - Société d'assurance mutuelle à cotisations fixes contre l'incendie, les accidents et risques divers - Siren 775 699 309 - TVA intracommunautaire n° FR 39 775 699 309. Sièges sociaux : 313, Terrasses de l'Arche 92727 Nanterre Cedex. **Entreprises régies par le Code des assurances.**

Sommaire

MAECONR



# Ma Santé 100% Tradi



## Règles générales applicables aux garanties

Les mots ou expressions soulignés sont définis dans le lexique de vos Conditions générales ou de votre Notice d'information.

### Bien comprendre votre tableau de garanties

**Nous prenons en charge uniquement les frais qui ont préalablement donné lieu à un remboursement par votre régime obligatoire d'assurance maladie français** sauf lorsque cela est explicitement mentionné dans le tableau de garanties.

Vos garanties sont exprimées **en pourcentage de la base de remboursement de la Sécurité sociale**, en forfait en Euro ou en une combinaison des deux.

■ **Les pourcentages intègrent les remboursements de votre régime obligatoire d'assurance maladie.** Notre remboursement couvre la différence entre le taux remboursé par la Sécurité sociale et le taux affiché.

■ Les forfaits exprimés en Euro s'entendent **par assuré**. Lorsqu'ils sont définis par an, il s'agit de l'année d'assurance. Ils viennent en complément des remboursements de votre régime obligatoire d'assurance maladie français sauf indication spécifique. Ces forfaits ne sont pas reportables d'une année sur l'autre.

Les lunettes, aides auditives, soins et prothèses dentaires "100% santé" ne sont pas remboursés en totalité par votre contrat.

Les garanties du tableau sont explicitées dans vos Conditions générales ou votre Notice d'information.

### Bon à savoir

- Le total des remboursements que vous percevez ne peut en aucun cas dépasser les frais réels engagés.
- La participation forfaitaire ainsi que les franchises sur les médicaments, sur les actes effectués par un auxiliaire médical et sur les transports ne sont pas prises en charge.
- Si vous ne respectez pas le parcours de soins, nous ne prenons pas en charge l'ensemble des pénalités appliquées par la Sécurité sociale (majoration du ticket modérateur, augmentation autorisée des tarifs conventionnels).
- Les montants exprimés « Chez nos partenaires » et « Hors partenaires » ne se cumulent pas.

**Des exclusions et des limitations de garanties générales sont indiquées dans vos Conditions générales ou votre Notice d'information. Pour les soins à l'étranger, se reporter à la rubrique « Soins à l'étranger » dans vos Conditions générales ou votre Notice d'information.**

HOSPITALISATION	
<b>Honoraires</b>	
Honoraires des médecins	100%
<b>Frais de séjour</b>	
Ticket modérateur sur le prix de journée ou sur les actes peu coûteux, participation forfaitaire pour les actes coûteux	
- En établissement conventionné	Frais réels
- En établissement non conventionné	100%
<b>Forfait journalier hospitalier</b>	
Forfait journalier hospitalier	Frais réels
<b>Chambre particulière et lit pour accompagnant</b>	
Chambre particulière	Non pris en charge
Lit pour accompagnant	Non pris en charge
<b>Hospitalisation à domicile (HAD)</b>	
Hospitalisation à domicile (HAD)	100%
<b>SOINS COURANTS</b>	
<b>Honoraires médicaux</b>	
Consultations, visites et actes (radio, petite chirurgie) de médecins généralistes ou spécialistes	100%
<b>Analyses et examens de laboratoire</b>	
Examens médicaux (biologie, analyse médicale)	100%
<b>Honoraires paramédicaux</b>	
Auxiliaires médicaux (par exemple : infirmier et infirmière, sage-femme, kinésithérapeute, orthophoniste, orthoptiste)	100%
<b>Médicaments</b>	
Médicaments à service médical rendu majeur ou important (ex-vignette blanche)	100%
Médicaments à service médical rendu modéré (ex-vignette bleue)	100%
Médicaments à service médical rendu faible (ex-vignette orange)	Non pris en charge

<b>Matériel médical</b>		
Prothèses, pansements, petits matériels et autres produits définis sur la Liste des Produits et Prestations remboursables de la Sécurité sociale (hors lunettes et aides auditives pour lesquelles se référer à leurs lignes spécifiques).		100%
<b>Médecine douce et prévention</b>		
Médecine douce		Non pris en charge
Forfait prévention		
- Sevrage tabagique : Tous les médicaments et produits à base de nicotine prescrits par un médecin, dans un but de sevrage tabagique (avec Autorisation de Mise sur le Marché ou norme Afnor) même non remboursés par la Sécurité sociale		50 €/an
- Consultation diététicien non remboursée par la Sécurité sociale		
Vaccin antigrippe prescrit même non remboursé par la Sécurité sociale		Frais réels
<b>TRANSPORT SANITAIRE</b>		
Transports prescrits pour l'hospitalisation ou la médecine de ville		100%
<b>OPTIQUE</b>		
<b>La prise en charge des lunettes est limitée à une paire tous les 2 ans pour les personnes de 16 ans et plus et à une paire tous les ans pour les enfants de moins de 16 ans</b> , sauf en cas d'évolution de la vue objectivée par une nouvelle prescription médicale ophtalmologique.		
Se reporter à vos Conditions générales ou à votre Notice d'information pour plus de précisions sur les conditions de renouvellement		
<b>Lunettes (Verres et monture)</b>		
Forfait lunettes à 2 verres simples	1 <sup>re</sup> , 2 <sup>e</sup> année	50 €/lunettes
	3 <sup>e</sup> année	60 €/lunettes
	4 <sup>e</sup> année et +	100 €/lunettes
Forfait lunettes 1 verre simple et 1 verre complexe ou très complexe (dès la première année)		125 €/lunettes
Forfait lunettes à 2 verres complexes ou très complexes (dès la première année)		200 €/lunettes
<b>Lentilles</b>		
Les lentilles prescrites sont prises en charge même si non remboursées par la Sécurité sociale. Le ticket modérateur des lentilles remboursées par la Sécurité sociale est pris en charge même si le forfait annuel est épuisé.		50 €/an
<b>Chirurgie réfractive</b>		
Opération de la myopie, de l'hypermétropie, de l'astigmatisme et de la presbytie par laser, non remboursée par la Sécurité sociale	1 <sup>re</sup> , 2 <sup>e</sup> année	30 €/an
	3 <sup>e</sup> année	40 €/an
	4 <sup>e</sup> année et +	70 €/an
<b>DENTAIRE</b>		
<b>Soins</b>		
Consultations et soins dentaires (dentistes et chirurgiens-dentistes) ; Parodontologie ; Inlay, onlay		100%
<b>Prothèses</b>		
		Hors partenaires      Chez nos partenaires
Prothèses (couronnes, bridges, appareils amovibles, implants, inlay-core)		
Prothèses à prise en charge renforcée, à tarifs maîtrisées ou à tarifs libres.		100%
Le forfait annuel est utilisable pour les implants même si non remboursés par la Sécurité sociale.		100% + 50 €/an
<b>Orthodontie</b>		
Orthodontie		
Le traitement par semestre et les soins de contention 1 <sup>re</sup> année étant déjà pris en charge à 100% de la base de remboursement par la Sécurité sociale, notre remboursement de l'orthodontie dans cette formule est limité au ticket modérateur sur les autres actes d'orthodontie.		100%
<b>AIDES AUDITIVES</b>		
<b>La prise en charge des aides auditives est limitée à un équipement par oreille tous les 4 ans.</b> Ce délai de renouvellement s'entend pour chaque oreille indépendamment.		
Appareils auditifs (de classe I ou de classe II)		100%
Accessoires, entretien et piles pour appareil auditif		100%
<b>CURE THERMALE</b>		
Cure thermale		Non pris en charge

## ASSISTANCE

**La description ci-dessous est un résumé des garanties d'assistance.** Se référer à vos Conditions générales ou votre Notice d'information pour avoir la description complète des garanties, des limitations et des conditions d'utilisation.

Aide-ménagère suite à une hospitalisation de plus de 24 heures et par dérogation dans les cas prévus dans vos Conditions générales ou votre Notice d'information	Dans la limite de 40 heures par an
Garde-malade suite à une hospitalisation de plus de 24 heures	Une fois par an dans la limite de 40 heures
Garde-enfants pendant une hospitalisation de plus de 24 heures	Une fois par an dans la limite de 40 heures
Garde-animaux pendant une hospitalisation de plus de 24 heures	Une fois par an dans la limite de 250 €
Soutien scolaire suite à une immobilisation au domicile ou une hospitalisation	12 semaines par an dans la limite de 15 heures par semaine

Document non contractuel

**AXA France Vie** - S.A. au capital de 487 725 073,50 € - RCS Nanterre 310 499 959- TVA intracommunautaire n° FR 62 310 499 959. **AXA Assurances Vie Mutuelle** - Société d'assurance mutuelle sur la vie et de capitalisation à cotisations fixes - Siren 353 457 245 - TVA intracommunautaire n° FR 48 353 457 245. **AXA France IARD** - S.A. au capital de 214 799 030 € - RCS Nanterre 722 057 460 - TVA intracommunautaire n° FR 14 722 057 460. **AXA Assurances IARD Mutuelle** - Société d'assurance mutuelle à cotisations fixes contre l'incendie, les accidents et risques divers - Siren 775 699 309 - TVA intracommunautaire n° FR 39 775 699 309. Sièges sociaux : 313, Terrasses de l'Arche 92727 Nanterre Cedex. **Entreprises régies par le Code des assurances.**

Sommaire

MA100NR



# Ma Santé 100% Tradi



## avec Module Hospi

### Règles générales applicables aux garanties

Les mots ou expressions soulignés sont définis dans le lexique de vos Conditions générales ou de votre Notice d'information.

#### Bien comprendre votre tableau de garanties

Nous prenons en charge uniquement les frais qui ont préalablement donné lieu à un remboursement par votre régime obligatoire d'assurance maladie français sauf lorsque cela est explicitement mentionné dans le tableau de garanties.

Vos garanties sont exprimées en pourcentage de la base de remboursement de la Sécurité sociale, en forfait en Euro ou en une combinaison des deux.

■ Les pourcentages intègrent les remboursements de votre régime obligatoire d'assurance maladie. Notre remboursement couvre la différence entre le taux remboursé par la Sécurité sociale et le taux affiché.

■ Les forfaits exprimés en Euro s'entendent par assuré. Lorsqu'ils sont définis par an, il s'agit de l'année d'assurance. Ils viennent en complément des remboursements de votre régime obligatoire d'assurance maladie français sauf indication spécifique. Ces forfaits ne sont pas reportables d'une année sur l'autre.

Les lunettes, aides auditives, soins et prothèses dentaires "100% santé" ne sont pas remboursés en totalité par votre contrat.

Les garanties du tableau sont explicitées dans vos Conditions générales ou votre Notice d'information.

#### Bon à savoir

- Le total des remboursements que vous percevez ne peut en aucun cas dépasser les frais réels engagés.
- La participation forfaitaire ainsi que les franchises sur les médicaments, sur les actes effectués par un auxiliaire médical et sur les transports ne sont pas prises en charge.
- Si vous ne respectez pas le parcours de soins, nous ne prenons pas en charge l'ensemble des pénalités appliquées par la Sécurité sociale (majoration du ticket modérateur, augmentation autorisée des tarifs conventionnels).
- Les montants exprimés « Chez nos partenaires » et « Hors partenaires » ne se cumulent pas.

Des exclusions et des limitations de garanties générales sont indiquées dans vos Conditions générales ou votre Notice d'information. Pour les soins à l'étranger, se reporter à la rubrique « Soins à l'étranger » dans vos Conditions générales ou votre Notice d'information.

#### HOSPITALISATION

##### Honoraires

Honoraires des médecins (y compris chirurgiens) ayant adhéré à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (DPTAM)	1 <sup>re</sup> année	220% <sup>(1)</sup>
	2 <sup>e</sup> année et +	400% <sup>(1)</sup>
Honoraires des médecins (y compris chirurgiens) n'ayant pas adhéré à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (DPTAM)	1 <sup>re</sup> année	200% <sup>(1)</sup>
	2 <sup>e</sup> année et +	200% <sup>(1)</sup>

<sup>(1)</sup> Les 3 premiers mois d'assurance le taux de remboursement est limité à 100%, sauf en cas d'accident, dans ce cas le taux entier est appliqué, ou en cas de reprise de contrat à la concurrence, dans ce cas le taux de votre ancien contrat est appliqué sans pouvoir excéder les limites prévues au tableau ci-dessus. Cela s'applique à la souscription du contrat et lors de l'ajout d'un bénéficiaire à l'exception des nouveau-nés.

##### Frais de séjour

Ticket modérateur sur le prix de journée ou sur les actes peu coûteux, participation forfaitaire pour les actes coûteux

- En établissement conventionné
- En établissement non conventionné

Frais réels  
-----  
100%

##### Forfait journalier hospitalier

Forfait journalier hospitalier

Frais réels

##### Chambre particulière et lit pour accompagnant

Chambre particulière non remboursée par la Sécurité sociale (dans la limite de 30 jours par année d'assurance en moyen séjour)

25 €/jour

Lit pour accompagnant

Non pris en charge

##### Hospitalisation à domicile (HAD)

Hospitalisation à domicile (HAD)

100%

<b>SOINS COURANTS</b>		
<b>Honoraires médicaux</b>		
Consultations, visites et actes (radio, petite chirurgie) de médecins généralistes ou spécialistes	100%	
<b>Analyses et examens de laboratoire</b>		
Examens médicaux (biologie, analyse médicale)	100%	
<b>Honoraires paramédicaux</b>		
Auxiliaires médicaux (par exemple : infirmier et infirmière, sage-femme, kinésithérapeute, orthophoniste, orthoptiste)	100%	
<b>Médicaments</b>		
Médicaments à service médical rendu majeur ou important (ex-vignette blanche)	100%	
Médicaments à service médical rendu modéré (ex-vignette bleue)	100%	
Médicaments à service médical rendu faible (ex-vignette orange)	Non pris en charge	
<b>Matériel médical</b>		
Prothèses, pansements, petits matériels et autres produits définis sur la Liste des Produits et Prestations remboursables de la Sécurité sociale (hors lunettes et aides auditives pour lesquelles se référer à leurs lignes spécifiques).	100%	
<b>Médecine douce et prévention</b>		
Médecine douce	Non pris en charge	
Forfait prévention		
- Sevrage tabagique : Tous les médicaments et produits à base de nicotine prescrits par un médecin, dans un but de sevrage tabagique (avec Autorisation de Mise sur le Marché ou norme Afnor) même non remboursés par la Sécurité sociale	50 €/an	
- Consultation diététicien non remboursée par la Sécurité sociale		
Vaccin antigrippe prescrit même non remboursé par la Sécurité sociale	Frais réels	
<b>TRANSPORT SANITAIRE</b>		
Transports prescrits pour l'hospitalisation ou la médecine de ville	100%	
<b>OPTIQUE</b>		
<b>La prise en charge des lunettes est limitée à une paire tous les 2 ans pour les personnes de 16 ans et plus et à une paire tous les ans pour les enfants de moins de 16 ans, sauf en cas d'évolution de la vue objectivée par une nouvelle prescription médicale ophtalmologique.</b>		
Se reporter à vos Conditions générales ou à votre Notice d'information pour plus de précisions sur les conditions de renouvellement		
<b>Lunettes (Verres et monture)</b>		
Forfait lunettes à 2 verres simples	1 <sup>re</sup> , 2 <sup>e</sup> année	50 €/lunettes
	3 <sup>e</sup> année	60 €/lunettes
	4 <sup>e</sup> année et +	100 €/lunettes
Forfait lunettes 1 verre simple et 1 verre complexe ou très complexe (dès la première année)		125 €/lunettes
Forfait lunettes à 2 verres complexes ou très complexes (dès la première année)		200 €/lunettes
<b>Lentilles</b>		
Les lentilles prescrites sont prises en charge même si non remboursées par la Sécurité sociale. Le ticket modérateur des lentilles remboursées par la Sécurité sociale est pris en charge même si le forfait annuel est épuisé.		50 €/an
<b>Chirurgie réfractive</b>		
Opération de la myopie, de l'hypermétropie, de l'astigmatisme et de la presbytie par laser, non remboursée par la Sécurité sociale	1 <sup>re</sup> , 2 <sup>e</sup> année	30 €/an
	3 <sup>e</sup> année	40 €/an
	4 <sup>e</sup> année et +	70 €/an
<b>DENTAIRE</b>		
<b>Soins</b>		
Consultations et soins dentaires (dentistes et chirurgiens-dentistes) ; Parodontologie ; Inlay, onlay		100%
<b>Prothèses</b>		
Prothèses (couronnes, bridges, appareils amovibles, implants, inlay-core) Prothèses à prise en charge renforcée, à tarifs maîtrisées ou à tarifs libres. Le forfait annuel est utilisable pour les implants même si non remboursés par la Sécurité sociale.	Hors partenaires	100%
	Chez nos partenaires	100% + 50 €/an
<b>Orthodontie</b>		
Orthodontie		100%
Le traitement par semestre et les soins de contention 1 <sup>re</sup> année étant déjà pris en charge à 100% de la base de remboursement par la Sécurité sociale, notre remboursement de l'orthodontie dans cette formule est limité au ticket modérateur sur les autres actes d'orthodontie.		

## AIDES AUDITIVES

La prise en charge des aides auditives est limitée à un équipement par oreille tous les 4 ans. Ce délai de renouvellement s'entend pour chaque oreille indépendamment.

Appareils auditifs (de classe I ou de classe II)	100%
Accessoires, entretien et piles pour appareil auditif	100%

## CURE THERMALE

Cure thermale Non pris en charge

## ASSISTANCE

La description ci-dessous est un résumé des garanties d'assistance. Se référer à vos Conditions générales ou votre Notice d'information pour avoir la description complète des garanties, des limitations et des conditions d'utilisation.

Aide-ménagère suite à une hospitalisation de plus de 24 heures et par dérogation dans les cas prévus dans vos Conditions générales ou votre Notice d'information	Dans la limite de 40 heures par an
Garde-malade suite à une hospitalisation de plus de 24 heures	Une fois par an dans la limite de 40 heures
Garde-enfants pendant une hospitalisation de plus de 24 heures	Une fois par an dans la limite de 40 heures
Garde-animaux pendant une hospitalisation de plus de 24 heures	Une fois par an dans la limite de 250 €
Soutien scolaire suite à une immobilisation au domicile ou une hospitalisation	12 semaines par an dans la limite de 15 heures par semaine

Document non contractuel

AXA France Vie - S.A. au capital de 487 725 073,50 € - RCS Nanterre 310 499 959- TVA intracommunautaire n° FR 62 310 499 959. AXA Assurances Vie Mutuelle - Société d'assurance mutuelle sur la vie et de capitalisation à cotisations fixes - Siren 353 457 245 - TVA intracommunautaire n° FR 48 353 457 245 . AXA France IARD - S.A. au capital de 214 799 030 € - RCS Nanterre 722 057 460 - TVA intracommunautaire n° FR 14 722 057 460. AXA Assurances IARD Mutuelle - Société d'assurance mutuelle à cotisations fixes contre l'incendie, les accidents et risques divers - Siren 775 699 309 - TVA intracommunautaire n° FR 39 775 699 309. Sièges sociaux : 313, Terrasses de l'Arche 92727 Nanterre Cedex. Entreprises régies par le Code des assurances.

Sommaire

MA100NRHOS



# Ma Santé 100 % Tradi



## avec Module Optique Dentaire

### Règles générales applicables aux garanties

Les mots ou expressions soulignés sont définis dans le lexique de vos Conditions générales ou de votre Notice d'information.

#### Bien comprendre votre tableau de garanties

Nous prenons en charge uniquement les frais qui ont préalablement donné lieu à un remboursement par votre régime obligatoire d'assurance maladie français sauf lorsque cela est explicitement mentionné dans le tableau de garanties.

Vos garanties sont exprimées en pourcentage de la base de remboursement de la Sécurité sociale, en forfait en Euro ou en une combinaison des deux.

■ Les pourcentages intègrent les remboursements de votre régime obligatoire d'assurance maladie. Notre remboursement couvre la différence entre le taux remboursé par la Sécurité sociale et le taux affiché.

■ Les forfaits exprimés en Euro s'entendent par assuré. Lorsqu'ils sont définis par an, il s'agit de l'année d'assurance. Ils viennent en complément des remboursements de votre régime obligatoire d'assurance maladie français sauf indication spécifique. Ces forfaits ne sont pas reportables d'une année sur l'autre.

Les lunettes, aides auditives, soins et prothèses dentaires "100% santé" ne sont pas remboursés en totalité par votre contrat.

Les garanties du tableau sont explicitées dans vos Conditions générales ou votre Notice d'information.

#### Bon à savoir

- Le total des remboursements que vous percevez ne peut en aucun cas dépasser les frais réels engagés.
- La participation forfaitaire ainsi que les franchises sur les médicaments, sur les actes effectués par un auxiliaire médical et sur les transports ne sont pas prises en charge.
- Si vous ne respectez pas le parcours de soins, nous ne prenons pas en charge l'ensemble des pénalités appliquées par la Sécurité sociale (majoration du ticket modérateur, augmentation autorisée des tarifs conventionnels).
- Les montants exprimés « Chez nos partenaires » et « Hors partenaires » ne se cumulent pas.

Des exclusions et des limitations de garanties générales sont indiquées dans vos Conditions générales ou votre Notice d'information. Pour les soins à l'étranger, se reporter à la rubrique « Soins à l'étranger » dans vos Conditions générales ou votre Notice d'information.

HOSPITALISATION	
<b>Honoraires</b>	
Honoraires des médecins	100%
<b>Frais de séjour</b>	
Ticket modérateur sur le prix de journée ou sur les actes peu coûteux, participation forfaitaire pour les actes coûteux	
- En établissement conventionné	Frais réels
- En établissement non conventionné	100%
<b>Forfait journalier hospitalier</b>	
Forfait journalier hospitalier	Frais réels
<b>Chambre particulière et lit pour accompagnant</b>	
Chambre particulière	Non pris en charge
Lit pour accompagnant	Non pris en charge
<b>Hospitalisation à domicile (HAD)</b>	
Hospitalisation à domicile (HAD)	100%
<b>SOINS COURANTS</b>	
<b>Honoraires médicaux</b>	
Consultations, visites et actes (radio, petite chirurgie) de médecins généralistes ou spécialistes	100%
<b>Analyses et examens de laboratoire</b>	
Examens médicaux (biologie, analyse médicale)	100%
<b>Honoraires paramédicaux</b>	
Auxiliaires médicaux (par exemple : infirmier et infirmière, sage-femme, kinésithérapeute, orthophoniste, orthoptiste)	100%

<b>Médicaments</b>		
Médicaments à service médical rendu majeur ou important (ex-vignette blanche)		100%
Médicaments à service médical rendu modéré (ex-vignette bleue)		100%
Médicaments à service médical rendu faible (ex-vignette orange)		Non pris en charge
<b>Matériel médical</b>		
Prothèses, pansements, petits matériels et autres produits définis sur la Liste des Produits et Prestations remboursables de la Sécurité sociale (hors lunettes et aides auditives pour lesquelles se référer à leurs lignes spécifiques).		100%
<b>Médecine douce et prévention</b>		
Médecine douce		Non pris en charge
Forfait prévention		
- Sevrage tabagique : Tous les médicaments et produits à base de nicotine prescrits par un médecin, dans un but de sevrage tabagique (avec Autorisation de Mise sur le Marché ou norme Afnor) même non remboursés par la Sécurité sociale		50 €/an
- Consultation diététicien non remboursée par la Sécurité sociale		
Vaccin antigrippe prescrit même non remboursé par la Sécurité sociale		Frais réels
<b>TRANSPORT SANITAIRE</b>		
Transports prescrits pour l'hospitalisation ou la médecine de ville		100%
<b>OPTIQUE</b>		
<b>La prise en charge des lunettes est limitée à une paire tous les 2 ans pour les personnes de 16 ans et plus et à une paire tous les ans pour les enfants de moins de 16 ans, sauf en cas d'évolution de la vue objectivée par une nouvelle prescription médicale ophtalmologique.</b>		
Se reporter à vos Conditions générales ou à votre Notice d'information pour plus de précisions sur les conditions de renouvellement		
<b>Lunettes (Verres et monture)</b>		
		Hors partenaires   Chez nos partenaires
Forfait lunettes à 2 verres simples	1 <sup>re</sup> , 2 <sup>e</sup> année	70 €/lunettes   80 €/lunettes
	3 <sup>e</sup> année	110 €/lunettes   130 €/lunettes
	4 <sup>e</sup> année et +	170 €/lunettes   200 €/lunettes
Forfait lunettes à 1 verre simple et 1 verre complexe ou très complexe	1 <sup>re</sup> , 2 <sup>e</sup> année	125 €/lunettes   125 €/lunettes
	3 <sup>e</sup> année	130 €/lunettes   140 €/lunettes
	4 <sup>e</sup> année et +	170 €/lunettes   200 €/lunettes
Forfait lunettes à 2 verres complexes ou très complexes (dès la première année)		200 €/lunettes
<b>Lentilles</b>		
Les lentilles prescrites sont prises en charge même si non remboursées par la Sécurité sociale. Le ticket modérateur des lentilles remboursées par la Sécurité sociale est pris en charge même si le forfait annuel est épuisé.		120 €/an
<b>Chirurgie réfractive</b>		
Opération de la myopie, de l'hypermétropie, de l'astigmatisme et de la presbytie par laser, non remboursée par la Sécurité sociale	1 <sup>re</sup> , 2 <sup>e</sup> année	70 €/an
	3 <sup>e</sup> année	110 €/an
	4 <sup>e</sup> année et +	170 €/an
<b>DENTAIRE</b>		
<b>Soins</b>		
Consultations et soins dentaires (dentistes et chirurgiens-dentistes) ; Parodontologie ; Inlay, onlay		100%
<b>Prothèses</b>		
		Hors partenaires   Chez nos partenaires
Prothèses (couronnes, bridges, appareils amovibles, implants, inlay-core) Le forfait annuel est utilisable pour les implants même si non remboursés par la Sécurité sociale.	1 <sup>re</sup> , 2 <sup>e</sup> année	100%   100%
		+ 40 €/an   + 90 €/an
	3 <sup>e</sup> année	100%   100%
		+ 70 €/an   + 120 €/an
	4 <sup>e</sup> année et +	100%   100%
		+ 100 €/an   + 150 €/an
<b>Orthodontie</b>		
Orthodontie (versé par semestre)	1 <sup>re</sup> , 2 <sup>e</sup> année	100%
		+ 20 €/sem. (soit 40 €/an)
	3 <sup>e</sup> année	100%
		+ 35 €/sem. (soit 70 €/an)
	4 <sup>e</sup> année et +	100%
		+ 50 €/sem. (soit 100 €/an)

## AIDES AUDITIVES

**La prise en charge des aides auditives est limitée à un équipement par oreille tous les 4 ans.** Ce délai de renouvellement s'entend pour chaque oreille indépendamment.

Appareils auditifs (de classe I ou de classe II)	100%
Accessoires, entretien et piles pour appareil auditif	100%

## CURE THERMALE

Cure thermale Non pris en charge

## ASSISTANCE

**La description ci-dessous est un résumé des garanties d'assistance.** Se référer à vos Conditions générales ou votre Notice d'information pour avoir la description complète des garanties, des limitations et des conditions d'utilisation.

Aide-ménagère suite à une hospitalisation de plus de 24 heures et par dérogation dans les cas prévus dans vos Conditions générales ou votre Notice d'information	Dans la limite de 40 heures par an
Garde-malade suite à une hospitalisation de plus de 24 heures	Une fois par an dans la limite de 40 heures
Garde-enfants pendant une hospitalisation de plus de 24 heures	Une fois par an dans la limite de 40 heures
Garde-animaux pendant une hospitalisation de plus de 24 heures	Une fois par an dans la limite de 250 €
Soutien scolaire suite à une immobilisation au domicile ou une hospitalisation	12 semaines par an dans la limite de 15 heures par semaine

Document non contractuel

AXA France Vie - S.A. au capital de 487 725 073,50 € - RCS Nanterre 310 499 959- TVA intracommunautaire n° FR 62 310 499 959. AXA Assurances Vie Mutuelle - Société d'assurance mutuelle sur la vie et de capitalisation à cotisations fixes - Siren 353 457 245 - TVA intracommunautaire n° FR 48 353 457 245. AXA France IARD - S.A. au capital de 214 799 030 € - RCS Nanterre 722 057 460 - TVA intracommunautaire n° FR 14 722 057 460. AXA Assurances IARD Mutuelle - Société d'assurance mutuelle à cotisations fixes contre l'incendie, les accidents et risques divers - Siren 775 699 309 - TVA intracommunautaire n° FR 39 775 699 309. Sièges sociaux : 313, Terrasses de l'Arche 92727 Nanterre Cedex. **Entreprises régies par le Code des assurances.**

Sommaire

MA100NROD



# Ma Santé 100% Tradi



## avec Module Confort

### Règles générales applicables aux garanties

Les mots ou expressions soulignés sont définis dans le lexique de vos Conditions générales ou de votre Notice d'information.

#### Bien comprendre votre tableau de garanties

Nous prenons en charge uniquement les frais qui ont préalablement donné lieu à un remboursement par votre régime obligatoire d'assurance maladie français sauf lorsque cela est explicitement mentionné dans le tableau de garanties.

Vos garanties sont exprimées en pourcentage de la base de remboursement de la Sécurité sociale, en forfait en Euro ou en une combinaison des deux.

■ Les pourcentages intègrent les remboursements de votre régime obligatoire d'assurance maladie. Notre remboursement couvre la différence entre le taux remboursé par la Sécurité sociale et le taux affiché.

■ Les forfaits exprimés en Euro s'entendent par assuré. Lorsqu'ils sont définis par an, il s'agit de l'année d'assurance. Ils viennent en complément des remboursements de votre régime obligatoire d'assurance maladie français sauf indication spécifique. Ces forfaits ne sont pas reportables d'une année sur l'autre.

Les lunettes, aides auditives, soins et prothèses dentaires "100% santé" ne sont pas remboursés en totalité par votre contrat.

Les garanties du tableau sont explicitées dans vos Conditions générales ou votre Notice d'information.

#### Bon à savoir

- Le total des remboursements que vous percevez ne peut en aucun cas dépasser les frais réels engagés.
- La participation forfaitaire ainsi que les franchises sur les médicaments, sur les actes effectués par un auxiliaire médical et sur les transports ne sont pas prises en charge.
- Si vous ne respectez pas le parcours de soins, nous ne prenons pas en charge l'ensemble des pénalités appliquées par la Sécurité sociale (majoration du ticket modérateur, augmentation autorisée des tarifs conventionnels).
- Les montants exprimés « Chez nos partenaires » et « Hors partenaires » ne se cumulent pas.

Des exclusions et des limitations de garanties générales sont indiquées dans vos Conditions générales ou votre Notice d'information. Pour les soins à l'étranger, se reporter à la rubrique « Soins à l'étranger » dans vos Conditions générales ou votre Notice d'information.

HOSPITALISATION	
<b>Honoraires</b>	
Honoraires des médecins	100%
<b>Frais de séjour</b>	
Ticket modérateur sur le prix de journée ou sur les actes peu coûteux, participation forfaitaire pour les actes coûteux	
- En établissement conventionné	Frais réels
- En établissement non conventionné	100%
<b>Forfait journalier hospitalier</b>	
Forfait journalier hospitalier	Frais réels
<b>Chambre particulière et lit pour accompagnant</b>	
Chambre particulière	Non pris en charge
Lit pour accompagnant	Non pris en charge
<b>Hospitalisation à domicile (HAD)</b>	
Hospitalisation à domicile (HAD)	100%
<b>SOINS COURANTS</b>	
<b>Honoraires médicaux</b>	
Consultations et visites de généralistes et spécialistes ayant adhéré à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (DPTAM)	145%
Consultations et visites de généralistes et spécialistes n'ayant pas adhéré à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (DPTAM)	125%
Actes (radio, petite chirurgie)	100%
<b>Analyses et examens de laboratoire</b>	
Examens médicaux (biologie, analyse médicale)	100%
<b>Honoraires paramédicaux</b>	
Auxiliaires médicaux (par exemple : infirmier et infirmière, sage-femme, kinésithérapeute, orthophoniste, orthoptiste)	100%

<b>Médicaments</b>		
Tout médicament remboursé par la Sécurité sociale		100%
Médicament prescrit et non remboursé		30 €/an
<b>Matériel médical</b>		
Prothèses, pansements, petits matériels et autres produits définis sur la Liste des Produits et Prestations remboursables de la Sécurité sociale (hors lunettes et aides auditives pour lesquelles se référer à leurs lignes spécifiques).		100%
<b>Médecine douce et prévention</b>		
Médecine douce (ostéopathe, chiropracteur, acupuncteur, pédicure-podologue) non remboursée par la Sécurité sociale		25 €/séance
- Nombre de séances remboursées toutes spécialités confondues		3 séances /an
Forfait prévention		
- Sevrage tabagique : Tous les médicaments et produits à base de nicotine prescrits par un médecin, dans un but de sevrage tabagique (avec Autorisation de Mise sur le Marché ou norme Afnor) même non remboursés par la Sécurité sociale		50 €/an
- Consultation diététicien non remboursée par la Sécurité sociale		
Vaccin antigrippe prescrit même non remboursé par la Sécurité sociale		Frais réels
<b>TRANSPORT SANITAIRE</b>		
Transports prescrits pour l'hospitalisation ou la médecine de ville		100%
<b>OPTIQUE</b>		
<b>La prise en charge des lunettes est limitée à une paire tous les 2 ans pour les personnes de 16 ans et plus et à une paire tous les ans pour les enfants de moins de 16 ans</b> , sauf en cas d'évolution de la vue objectivée par une nouvelle prescription médicale ophtalmologique.		
Se reporter à vos Conditions générales ou à votre Notice d'information pour plus de précisions sur les conditions de renouvellement		
<b>Lunettes (Verres et monture)</b>		
Forfait lunettes à 2 verres simples	1 <sup>re</sup> , 2 <sup>e</sup> année	50 €/lunettes
	3 <sup>e</sup> année	60 €/lunettes
	4 <sup>e</sup> année et +	100 €/lunettes
Forfait lunettes 1 verre simple et 1 verre complexe ou très complexe (dès la première année)		125 €/lunettes
Forfait lunettes à 2 verres complexes ou très complexes (dès la première année)		200 €/lunettes
<b>Lentilles</b>		
Les lentilles prescrites sont prises en charge même si non remboursées par la Sécurité sociale. Le ticket modérateur des lentilles remboursées par la Sécurité sociale est pris en charge même si le forfait annuel est épuisé.		50 €/an
<b>Chirurgie réfractive</b>		
Opération de la myopie, de l'hypermétropie, de l'astigmatisme et de la presbytie par laser, non remboursée par la Sécurité sociale	1 <sup>re</sup> , 2 <sup>e</sup> année	30 €/an
	3 <sup>e</sup> année	40 €/an
	4 <sup>e</sup> année et +	70 €/an
<b>DENTAIRE</b>		
<b>Soins</b>		
Consultations et soins dentaires (dentistes et chirurgiens-dentistes) ; Parodontologie ; Inlay, onlay		100%
<b>Prothèses</b>		
Prothèses (couronnes, bridges, appareils amovibles, implants, inlay-core) Prothèses à prise en charge renforcée, à tarifs maîtrisées ou à tarifs libres. Le forfait annuel est utilisable pour les implants même si non remboursés par la Sécurité sociale.	Hors partenaires	Chez nos partenaires
	100%	100% + 50 €/an
<b>Orthodontie</b>		
Orthodontie		
Le traitement par semestre et les soins de contention 1 <sup>ère</sup> année étant déjà pris en charge à 100% de la base de remboursement par la Sécurité sociale, notre remboursement de l'orthodontie dans cette formule est limité au ticket modérateur sur les autres actes d'orthodontie.		100%
<b>AIDES AUDITIVES</b>		
<b>La prise en charge des aides auditives est limitée à un équipement par oreille tous les 4 ans</b> . Ce délai de renouvellement s'entend pour chaque oreille indépendamment.		
Appareils auditifs (de classe I ou de classe II)	Hors partenaires	Chez nos partenaires
	100% + 400 €/oreille	100% + 500 €/oreille
Accessoires, entretien et piles pour appareil auditif		100%

## CURE THERMALE

Forfait de surveillance thermale, pratiques médicales complémentaires par un médecin ayant adhéré à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (DPTAM)	220%
Forfait de surveillance thermale, pratiques médicales complémentaires par un médecin n'ayant pas adhéré à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (DPTAM)	200%
Forfait thermal	200%
Frais d'hébergement et de transport, même si non remboursés par la Sécurité sociale, la cure étant remboursée par la Sécurité sociale	200 €

## ASSISTANCE

**La description ci-dessous est un résumé des garanties d'assistance.** Se référer à vos Conditions générales ou votre Notice d'information pour avoir la description complète des garanties, des limitations et des conditions d'utilisation.

Aide-ménagère suite à une hospitalisation de plus de 24 heures et par dérogation dans les cas prévus dans vos Conditions générales ou votre Notice d'information	Dans la limite de 40 heures par an
Garde-malade suite à une hospitalisation de plus de 24 heures	Une fois par an dans la limite de 40 heures
Garde-enfants pendant une hospitalisation de plus de 24 heures	Une fois par an dans la limite de 40 heures
Garde-animaux pendant une hospitalisation de plus de 24 heures	Une fois par an dans la limite de 250 €
Soutien scolaire suite à une immobilisation au domicile ou une hospitalisation	12 semaines par an dans la limite de 15 heures par semaine

Document non contractuel

AXA France Vie - S.A. au capital de 487 725 073,50 € - RCS Nanterre 310 499 959- TVA intracommunautaire n° FR 62 310 499 959. AXA Assurances Vie Mutuelle - Société d'assurance mutuelle sur la vie et de capitalisation à cotisations fixes - Siren 353 457 245 - TVA intracommunautaire n° FR 48 353 457 245 . AXA France IARD - S.A. au capital de 214 799 030 € - RCS Nanterre 722 057 460 - TVA intracommunautaire n° FR 14 722 057 460. AXA Assurances IARD Mutuelle - Société d'assurance mutuelle à cotisations fixes contre l'incendie, les accidents et risques divers - Siren 775 699 309 - TVA intracommunautaire n° FR 39 775 699 309. Sièges sociaux : 313, Terrasses de l'Arche 92727 Nanterre Cedex. Entreprises régies par le Code des assurances.

Sommaire

MA100NRCON



# Ma Santé 100 % Tradi



## avec Modules Hospi + Optique Dentaire

### Règles générales applicables aux garanties

Les mots ou expressions soulignés sont définis dans le lexique de vos Conditions générales ou de votre Notice d'information.

#### Bien comprendre votre tableau de garanties

Nous prenons en charge uniquement les frais qui ont préalablement donné lieu à un remboursement par votre régime obligatoire d'assurance maladie français sauf lorsque cela est explicitement mentionné dans le tableau de garanties.

Vos garanties sont exprimées en pourcentage de la base de remboursement de la Sécurité sociale, en forfait en Euro ou en une combinaison des deux.

■ Les pourcentages intègrent les remboursements de votre régime obligatoire d'assurance maladie. Notre remboursement couvre la différence entre le taux remboursé par la Sécurité sociale et le taux affiché.

■ Les forfaits exprimés en Euro s'entendent par assuré. Lorsqu'ils sont définis par an, il s'agit de l'année d'assurance. Ils viennent en complément des remboursements de votre régime obligatoire d'assurance maladie français sauf indication spécifique. Ces forfaits ne sont pas reportables d'une année sur l'autre.

Les lunettes, aides auditives, soins et prothèses dentaires "100% santé" ne sont pas remboursés en totalité par votre contrat.

Les garanties du tableau sont explicitées dans vos Conditions générales ou votre Notice d'information.

#### Bon à savoir

- Le total des remboursements que vous percevez ne peut en aucun cas dépasser les frais réels engagés.
- La participation forfaitaire ainsi que les franchises sur les médicaments, sur les actes effectués par un auxiliaire médical et sur les transports ne sont pas prises en charge.
- Si vous ne respectez pas le parcours de soins, nous ne prenons pas en charge l'ensemble des pénalités appliquées par la Sécurité sociale (majoration du ticket modérateur, augmentation autorisée des tarifs conventionnels).
- Les montants exprimés « Chez nos partenaires » et « Hors partenaires » ne se cumulent pas.

Des exclusions et des limitations de garanties générales sont indiquées dans vos Conditions générales ou votre Notice d'information. Pour les soins à l'étranger, se reporter à la rubrique « Soins à l'étranger » dans vos Conditions générales ou votre Notice d'information.

HOSPITALISATION		
Honoraires		
Honoraires des médecins (y compris chirurgiens) ayant adhéré à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (DPTAM)	1 <sup>re</sup> année	220% <sup>(1)</sup>
	2 <sup>e</sup> année et +	400% <sup>(1)</sup>
Honoraires des médecins (y compris chirurgiens) n'ayant pas adhéré à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (DPTAM)	1 <sup>re</sup> année	200% <sup>(1)</sup>
	2 <sup>e</sup> année et +	200% <sup>(1)</sup>
<sup>(1)</sup> Les 3 premiers mois d'assurance le taux de remboursement est limité à 100%, sauf en cas d'accident, dans ce cas le taux entier est appliqué, ou en cas de reprise de contrat à la concurrence, dans ce cas le taux de votre ancien contrat est appliqué sans pouvoir excéder les limites prévues au tableau ci-dessus. Cela s'applique à la souscription du contrat et lors de l'ajout d'un bénéficiaire à l'exception des nouveau-nés.		
Frais de séjour		
Ticket modérateur sur le prix de journée ou sur les actes peu coûteux, participation forfaitaire pour les actes coûteux		
- En établissement conventionné	Frais réels	
- En établissement non conventionné	100%	
Forfait journalier hospitalier		
Forfait journalier hospitalier		Frais réels
Chambre particulière et lit pour accompagnant		
Chambre particulière non remboursée par la Sécurité sociale (dans la limite de 30 jours par année d'assurance en moyen séjour)		25 €/jour
Lit pour accompagnant		Non pris en charge
Hospitalisation à domicile (HAD)		
Hospitalisation à domicile (HAD)		100%

SOINS COURANTS		
<b>Honoraires médicaux</b>		
Consultations, visites et actes (radio, petite chirurgie) de médecins généralistes ou spécialistes		100%
<b>Analyses et examens de laboratoire</b>		
Examens médicaux (biologie, analyse médicale)		100%
<b>Honoraires paramédicaux</b>		
Auxiliaires médicaux (par exemple : infirmier et infirmière, sage-femme, kinésithérapeute, orthophoniste, orthoptiste)		100%
<b>Médicaments</b>		
Médicaments à service médical rendu majeur ou important (ex-vignette blanche)		100%
Médicaments à service médical rendu modéré (ex-vignette bleue)		100%
Médicaments à service médical rendu faible (ex-vignette orange)		Non pris en charge
<b>Matériel médical</b>		
Prothèses, pansements, petits matériels et autres produits définis sur la Liste des Produits et Prestations remboursables de la Sécurité sociale (hors lunettes et aides auditives pour lesquelles se référer à leurs lignes spécifiques).		100%
<b>Médecine douce et prévention</b>		
Médecine douce		
Forfait prévention		
- Sevrage tabagique : Tous les médicaments et produits à base de nicotine prescrits par un médecin, dans un but de sevrage tabagique (avec Autorisation de Mise sur le Marché ou norme Afnor) même non remboursés par la Sécurité sociale		50 €/an
- Consultation diététicien non remboursée par la Sécurité sociale		
Vaccin antigrippe prescrit même non remboursé par la Sécurité sociale		Frais réels
TRANSPORT SANITAIRE		
Transports prescrits pour l'hospitalisation ou la médecine de ville		100%
OPTIQUE		
<b>La prise en charge des lunettes est limitée à une paire tous les 2 ans pour les personnes de 16 ans et plus et à une paire tous les ans pour les enfants de moins de 16 ans</b> , sauf en cas d'évolution de la vue objectivée par une nouvelle prescription médicale ophtalmologique.		
Se reporter à vos Conditions générales ou à votre Notice d'information pour plus de précisions sur les conditions de renouvellement		
<b>Lunettes (Verres et monture)</b>		
		Hors partenaires   Chez nos partenaires
Forfait lunettes à 2 verres simples	1 <sup>re</sup> , 2 <sup>e</sup> année	70 €/lunettes   80 €/lunettes
	3 <sup>e</sup> année	110 €/lunettes   130 €/lunettes
	4 <sup>e</sup> année et +	170 €/lunettes   200 €/lunettes
Forfait lunettes à 1 verre simple et 1 verre complexe ou très complexe	1 <sup>re</sup> , 2 <sup>e</sup> année	125 €/lunettes   125 €/lunettes
	3 <sup>e</sup> année	130 €/lunettes   140 €/lunettes
	4 <sup>e</sup> année et +	170 €/lunettes   200 €/lunettes
Forfait lunettes à 2 verres complexes ou très complexes (dès la première année)		200 €/lunettes
<b>Lentilles</b>		
Les lentilles prescrites sont prises en charge même si non remboursées par la Sécurité sociale. Le ticket modérateur des lentilles remboursées par la Sécurité sociale est pris en charge même si le forfait annuel est épuisé.		120 €/an
<b>Chirurgie réfractive</b>		
Opération de la myopie, de l'hypermétropie, de l'astigmatisme et de la presbytie par laser, non remboursée par la Sécurité sociale	1 <sup>re</sup> , 2 <sup>e</sup> année	70 €/an
	3 <sup>e</sup> année	110 €/an
	4 <sup>e</sup> année et +	170 €/an
DENTAIRE		
<b>Soins</b>		
Consultations et soins dentaires (dentistes et chirurgiens-dentistes) ; Parodontologie ; Inlay, onlay		100%
<b>Prothèses</b>		
		Hors partenaires   Chez nos partenaires
Prothèses (couronnes, bridges, appareils amovibles, implants, inlay-core) Le forfait annuel est utilisable pour les implants même si non remboursés par la Sécurité sociale.	1 <sup>re</sup> , 2 <sup>e</sup> année	100%   100%
		+ 40 €/an   + 90 €/an
	3 <sup>e</sup> année	100%   100%
	+ 70 €/an   + 120 €/an	
4 <sup>e</sup> année et +	100%   100%	
	+ 100 €/an   + 150 €/an	

Orthodontie		
Orthodontie (versé par semestre)	1 <sup>re</sup> , 2 <sup>e</sup> année	100% + 20 €/sem. (soit 40 €/an)
	3 <sup>e</sup> année	100% + 35 €/sem. (soit 70 €/an)
	4 <sup>e</sup> année et +	100% + 50 €/sem. (soit 100 €/an)

#### AIDES AUDITIVES

**La prise en charge des aides auditives est limitée à un équipement par oreille tous les 4 ans.** Ce délai de renouvellement s'entend pour chaque oreille indépendamment.

Appareils auditifs (de classe I ou de classe II)	100%
Accessoires, entretien et piles pour appareil auditif	100%

#### CURE THERMALE

Cure thermale	Non pris en charge
---------------	--------------------

#### ASSISTANCE

**La description ci-dessous est un résumé des garanties d'assistance.** Se référer à vos Conditions générales ou votre Notice d'information pour avoir la description complète des garanties, des limitations et des conditions d'utilisation.

Aide-ménagère suite à une hospitalisation de plus de 24 heures et par dérogation dans les cas prévus dans vos Conditions générales ou votre Notice d'information	Dans la limite de 40 heures par an
Garde-malade suite à une hospitalisation de plus de 24 heures	Une fois par an dans la limite de 40 heures
Garde-enfants pendant une hospitalisation de plus de 24 heures	Une fois par an dans la limite de 40 heures
Garde-animaux pendant une hospitalisation de plus de 24 heures	Une fois par an dans la limite de 250 €
Soutien scolaire suite à une immobilisation au domicile ou une hospitalisation	12 semaines par an dans la limite de 15 heures par semaine

Document non contractuel

AXA France Vie - S.A. au capital de 487 725 073,50 € - RCS Nanterre 310 499 959- TVA intracommunautaire n° FR 62 310 499 959. AXA Assurances Vie Mutuelle - Société d'assurance mutuelle sur la vie et de capitalisation à cotisations fixes - Siren 353 457 245 - TVA intracommunautaire n° FR 48 353 457 245. AXA France IARD - S.A. au capital de 214 799 030 € - RCS Nanterre 722 057 460 - TVA intracommunautaire n° FR 14 722 057 460. AXA Assurances IARD Mutuelle - Société d'assurance mutuelle à cotisations fixes contre l'incendie, les accidents et risques divers - Siren 775 699 309 - TVA intracommunautaire n° FR 39 775 699 309. Sièges sociaux : 313, Terrasses de l'Arche 92727 Nanterre Cedex. **Entreprises régies par le Code des assurances.**

Sommaire

MA100NRHOSOD



# Ma Santé 100% Tradi



## avec Modules Hospi + Confort

### Règles générales applicables aux garanties

Les mots ou expressions soulignés sont définis dans le lexique de vos Conditions générales ou de votre Notice d'information.

#### Bien comprendre votre tableau de garanties

Nous prenons en charge uniquement les frais qui ont préalablement donné lieu à un remboursement par votre régime obligatoire d'assurance maladie français sauf lorsque cela est explicitement mentionné dans le tableau de garanties.

Vos garanties sont exprimées en pourcentage de la base de remboursement de la Sécurité sociale, en forfait en Euro ou en une combinaison des deux.

■ Les pourcentages intègrent les remboursements de votre régime obligatoire d'assurance maladie. Notre remboursement couvre la différence entre le taux remboursé par la Sécurité sociale et le taux affiché.

■ Les forfaits exprimés en Euro s'entendent par assuré. Lorsqu'ils sont définis par an, il s'agit de l'année d'assurance. Ils viennent en complément des remboursements de votre régime obligatoire d'assurance maladie français sauf indication spécifique. Ces forfaits ne sont pas reportables d'une année sur l'autre.

Les lunettes, aides auditives, soins et prothèses dentaires "100% santé" ne sont pas remboursés en totalité par votre contrat.

Les garanties du tableau sont explicitées dans vos Conditions générales ou votre Notice d'information.

#### Bon à savoir

- Le total des remboursements que vous percevez ne peut en aucun cas dépasser les frais réels engagés.
- La participation forfaitaire ainsi que les franchises sur les médicaments, sur les actes effectués par un auxiliaire médical et sur les transports ne sont pas prises en charge.
- Si vous ne respectez pas le parcours de soins, nous ne prenons pas en charge l'ensemble des pénalités appliquées par la Sécurité sociale (majoration du ticket modérateur, augmentation autorisée des tarifs conventionnels).
- Les montants exprimés « Chez nos partenaires » et « Hors partenaires » ne se cumulent pas.

Des exclusions et des limitations de garanties générales sont indiquées dans vos Conditions générales ou votre Notice d'information. Pour les soins à l'étranger, se reporter à la rubrique « Soins à l'étranger » dans vos Conditions générales ou votre Notice d'information.

HOSPITALISATION					
<b>Honoraires</b>					
Honoraires des médecins (y compris chirurgiens) ayant adhéré à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (DPTAM)	<table border="1"> <tr><td>1<sup>re</sup> année</td><td>220%<sup>(1)</sup></td></tr> <tr><td>2<sup>e</sup> année et +</td><td>400%<sup>(1)</sup></td></tr> </table>	1 <sup>re</sup> année	220% <sup>(1)</sup>	2 <sup>e</sup> année et +	400% <sup>(1)</sup>
1 <sup>re</sup> année	220% <sup>(1)</sup>				
2 <sup>e</sup> année et +	400% <sup>(1)</sup>				
Honoraires des médecins (y compris chirurgiens) n'ayant pas adhéré à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (DPTAM)	<table border="1"> <tr><td>1<sup>re</sup> année</td><td>200%<sup>(1)</sup></td></tr> <tr><td>2<sup>e</sup> année et +</td><td>200%<sup>(1)</sup></td></tr> </table>	1 <sup>re</sup> année	200% <sup>(1)</sup>	2 <sup>e</sup> année et +	200% <sup>(1)</sup>
1 <sup>re</sup> année	200% <sup>(1)</sup>				
2 <sup>e</sup> année et +	200% <sup>(1)</sup>				
<sup>(1)</sup> Les 3 premiers mois d'assurance le taux de remboursement est limité à 100%, sauf en cas d'accident, dans ce cas le taux entier est appliqué, ou en cas de reprise de contrat à la concurrence, dans ce cas le taux de votre ancien contrat est appliqué sans pouvoir excéder les limites prévues au tableau ci-dessus. Cela s'applique à la souscription du contrat et lors de l'ajout d'un bénéficiaire à l'exception des nouveau-nés.					
<b>Frais de séjour</b>					
Ticket modérateur sur le prix de journée ou sur les actes peu coûteux, participation forfaitaire pour les actes coûteux					
- En établissement conventionné	Frais réels				
- En établissement non conventionné	100%				
<b>Forfait journalier hospitalier</b>					
Forfait journalier hospitalier	Frais réels				
<b>Chambre particulière et lit pour accompagnant</b>					
Chambre particulière non remboursée par la Sécurité sociale (dans la limite de 30 jours par année d'assurance en moyen séjour)	25 € /jour				
Lit pour accompagnant	Non pris en charge				
<b>Hospitalisation à domicile (HAD)</b>					
Hospitalisation à domicile (HAD)	100%				

<b>SOINS COURANTS</b>		
<b>Honoraires médicaux</b>		
Consultations et visites de généralistes et spécialistes ayant adhéré à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (DPTAM)	145%	
Consultations et visites de généralistes et spécialistes n'ayant pas adhéré à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (DPTAM)	125%	
Actes (radio, petite chirurgie)	100%	
<b>Analyses et examens de laboratoire</b>		
Examens médicaux (biologie, analyse médicale)	100%	
<b>Honoraires paramédicaux</b>		
Auxiliaires médicaux (par exemple : infirmier et infirmière, sage-femme, kinésithérapeute, orthophoniste, orthoptiste)	100%	
<b>Médicaments</b>		
Tout médicament remboursé par la Sécurité sociale	100%	
Médicament prescrit et non remboursé	30 €/an	
<b>Matériel médical</b>		
Prothèses, pansements, petits matériels et autres produits définis sur la Liste des Produits et Prestations remboursables de la Sécurité sociale (hors lunettes et aides auditives pour lesquelles se référer à leurs lignes spécifiques).	100%	
<b>Médecine douce et prévention</b>		
Médecine douce (ostéopathe, chiropracteur, acupuncteur, pédicure-podologue) non remboursée par la Sécurité sociale	25 €/séance	
- Nombre de séances remboursées toutes spécialités confondues	3 séances /an	
Forfait prévention		
- Sevrage tabagique : Tous les médicaments et produits à base de nicotine prescrits par un médecin, dans un but de sevrage tabagique (avec Autorisation de Mise sur le Marché ou norme Afnor) même non remboursés par la Sécurité sociale	50 €/an	
- Consultation diététicien non remboursée par la Sécurité sociale		
Vaccin antigrippe prescrit même non remboursé par la Sécurité sociale	Frais réels	
<b>TRANSPORT SANITAIRE</b>		
Transports prescrits pour l'hospitalisation ou la médecine de ville	100%	
<b>OPTIQUE</b>		
<b>La prise en charge des lunettes est limitée à une paire tous les 2 ans pour les personnes de 16 ans et plus et à une paire tous les ans pour les enfants de moins de 16 ans</b> , sauf en cas d'évolution de la vue objectivée par une nouvelle prescription médicale ophtalmologique. Se reporter à vos Conditions générales ou à votre Notice d'information pour plus de précisions sur les conditions de renouvellement		
<b>Lunettes (Verres et monture)</b>		
Forfait lunettes à 2 verres simples	1 <sup>re</sup> , 2 <sup>e</sup> année	50 €/lunettes
	3 <sup>e</sup> année	60 €/lunettes
	4 <sup>e</sup> année et +	100 €/lunettes
Forfait lunettes 1 verre simple et 1 verre complexe ou très complexe (dès la première année)		125 €/lunettes
Forfait lunettes à 2 verres complexes ou très complexes (dès la première année)		200 €/lunettes
<b>Lentilles</b>		
Les lentilles prescrites sont prises en charge même si non remboursées par la Sécurité sociale. Le ticket modérateur des lentilles remboursées par la Sécurité sociale est pris en charge même si le forfait annuel est épuisé.		50 €/an
<b>Chirurgie réfractive</b>		
Opération de la myopie, de l'hypermétropie, de l'astigmatisme et de la presbytie par laser, non remboursée par la Sécurité sociale	1 <sup>re</sup> , 2 <sup>e</sup> année	30 €/an
	3 <sup>e</sup> année	40 €/an
	4 <sup>e</sup> année et +	70 €/an
<b>DENTAIRE</b>		
<b>Soins</b>		
Consultations et soins dentaires (dentistes et chirurgiens-dentistes) ; Parodontologie ; Inlay, onlay		100%
<b>Prothèses</b>		
	Hors partenaires	Chez nos partenaires
Prothèses (couronnes, bridges, appareils amovibles, implants, inlay-core)		
Prothèses à prise en charge renforcée, à tarifs maîtrisées ou à tarifs libres.	100%	100%
Le forfait annuel est utilisable pour les implants même si non remboursés par la Sécurité sociale.		+ 50 €/an
<b>Orthodontie</b>		
Orthodontie		
Le traitement par semestre et les soins de contention 1 <sup>ère</sup> année étant déjà pris en charge à 100% de la base de remboursement par la Sécurité sociale, notre remboursement de l'orthodontie dans cette formule est limité au ticket modérateur sur les autres actes d'orthodontie.		100%

## AIDES AUDITIVES

La prise en charge des aides auditives est limitée à un équipement par oreille tous les 4 ans. Ce délai de renouvellement s'entend pour chaque oreille indépendamment.

	Hors partenaires	Chez nos partenaires
Appareils auditifs (de classe I ou de classe II)	100% + 400 €/oreille	100% + 500 €/oreille
Accessoires, entretien et piles pour appareil auditif		100%

## CURE THERMALE

Forfait de surveillance thermale, pratiques médicales complémentaires par un médecin ayant adhéré à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (DPTAM)	220%
Forfait de surveillance thermale, pratiques médicales complémentaires par un médecin n'ayant pas adhéré à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (DPTAM)	200%
Forfait thermal	200%
Frais d'hébergement et de transport, même si non remboursés par la Sécurité sociale, la cure étant remboursée par la Sécurité sociale	200 €

## ASSISTANCE

La description ci-dessous est un résumé des garanties d'assistance. Se référer à vos Conditions générales ou votre Notice d'information pour avoir la description complète des garanties, des limitations et des conditions d'utilisation.

Aide-ménagère suite à une hospitalisation de plus de 24 heures et par dérogation dans les cas prévus dans vos Conditions générales ou votre Notice d'information	Dans la limite de 40 heures par an
Garde-malade suite à une hospitalisation de plus de 24 heures	Une fois par an dans la limite de 40 heures
Garde-enfants pendant une hospitalisation de plus de 24 heures	Une fois par an dans la limite de 40 heures
Garde-animaux pendant une hospitalisation de plus de 24 heures	Une fois par an dans la limite de 250 €
Soutien scolaire suite à une immobilisation au domicile ou une hospitalisation	12 semaines par an dans la limite de 15 heures par semaine

Document non contractuel

AXA France Vie - S.A. au capital de 487 725 073,50 € - RCS Nanterre 310 499 959- TVA intracommunautaire n° FR 62 310 499 959. AXA Assurances Vie Mutuelle - Société d'assurance mutuelle sur la vie et de capitalisation à cotisations fixes - Siren 353 457 245 - TVA intracommunautaire n° FR 48 353 457 245 . AXA France IARD - S.A. au capital de 214 799 030 € - RCS Nanterre 722 057 460 - TVA intracommunautaire n° FR 14 722 057 460. AXA Assurances IARD Mutuelle - Société d'assurance mutuelle à cotisations fixes contre l'incendie, les accidents et risques divers - Siren 775 699 309 - TVA intracommunautaire n° FR 39 775 699 309. Sièges sociaux : 313, Terrasses de l'Arche 92727 Nanterre Cedex. Entreprises régies par le Code des assurances.

Sommaire

MA100NRHOSCON



# Ma Santé 100 % Tradi



## avec Modules Optique Dentaire + Confort

### Règles générales applicables aux garanties

Les mots ou expressions soulignés sont définis dans le lexique de vos Conditions générales ou de votre Notice d'information.

#### Bien comprendre votre tableau de garanties

Nous prenons en charge uniquement les frais qui ont préalablement donné lieu à un remboursement par votre régime obligatoire d'assurance maladie français sauf lorsque cela est explicitement mentionné dans le tableau de garanties.

Vos garanties sont exprimées en pourcentage de la base de remboursement de la Sécurité sociale, en forfait en Euro ou en une combinaison des deux.

■ Les pourcentages intègrent les remboursements de votre régime obligatoire d'assurance maladie. Notre remboursement couvre la différence entre le taux remboursé par la Sécurité sociale et le taux affiché.

■ Les forfaits exprimés en Euro s'entendent par assuré. Lorsqu'ils sont définis par an, il s'agit de l'année d'assurance. Ils viennent en complément des remboursements de votre régime obligatoire d'assurance maladie français sauf indication spécifique. Ces forfaits ne sont pas reportables d'une année sur l'autre.

Les lunettes, aides auditives, soins et prothèses dentaires "100% santé" ne sont pas remboursés en totalité par votre contrat.

Les garanties du tableau sont explicitées dans vos Conditions générales ou votre Notice d'information.

#### Bon à savoir

- Le total des remboursements que vous percevez ne peut en aucun cas dépasser les frais réels engagés.
- La participation forfaitaire ainsi que les franchises sur les médicaments, sur les actes effectués par un auxiliaire médical et sur les transports ne sont pas prises en charge.
- Si vous ne respectez pas le parcours de soins, nous ne prenons pas en charge l'ensemble des pénalités appliquées par la Sécurité sociale (majoration du ticket modérateur, augmentation autorisée des tarifs conventionnels).
- Les montants exprimés « Chez nos partenaires » et « Hors partenaires » ne se cumulent pas.

Des exclusions et des limitations de garanties générales sont indiquées dans vos Conditions générales ou votre Notice d'information. Pour les soins à l'étranger, se reporter à la rubrique « Soins à l'étranger » dans vos Conditions générales ou votre Notice d'information.

HOSPITALISATION	
<b>Honoraires</b>	
Honoraires des médecins	100%
<b>Frais de séjour</b>	
Ticket modérateur sur le prix de journée ou sur les actes peu coûteux, participation forfaitaire pour les actes coûteux	
- En établissement conventionné	Frais réels
- En établissement non conventionné	100%
<b>Forfait journalier hospitalier</b>	
Forfait journalier hospitalier	Frais réels
<b>Chambre particulière et lit pour accompagnant</b>	
Chambre particulière	Non pris en charge
Lit pour accompagnant	Non pris en charge
<b>Hospitalisation à domicile (HAD)</b>	
Hospitalisation à domicile (HAD)	100%
<b>SOINS COURANTS</b>	
<b>Honoraires médicaux</b>	
Consultations et visites de généralistes et spécialistes ayant adhéré à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (DPTAM)	145%
Consultations et visites de généralistes et spécialistes n'ayant pas adhéré à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (DPTAM)	125%
Actes (radio, petite chirurgie)	100%
<b>Analyses et examens de laboratoire</b>	
Examens médicaux (biologie, analyse médicale)	100%
<b>Honoraires paramédicaux</b>	
Auxiliaires médicaux (par exemple : infirmier et infirmière, sage-femme, kinésithérapeute, orthophoniste, orthoptiste)	100%

<b>Médicaments</b>		
Tout médicament remboursé par la Sécurité sociale		100%
Médicament prescrit et non remboursé		30 €/an
<b>Matériel médical</b>		
Prothèses, pansements, petits matériels et autres produits définis sur la Liste des Produits et Prestations remboursables de la Sécurité sociale (hors lunettes et aides auditives pour lesquelles se référer à leurs lignes spécifiques).		100%
<b>Médecine douce et prévention</b>		
Médecine douce (ostéopathe, chiropracteur, acupuncteur, pédicure-podologue) non remboursée par la Sécurité sociale		25 €/séance
- Nombre de séances remboursées toutes spécialités confondues		3 séances /an
Forfait prévention		
- Sevrage tabagique : Tous les médicaments et produits à base de nicotine prescrits par un médecin, dans un but de sevrage tabagique (avec Autorisation de Mise sur le Marché ou norme Afnor) même non remboursés par la Sécurité sociale		50 €/an
- Consultation diététicien non remboursée par la Sécurité sociale		
Vaccin antigrippe prescrit même non remboursé par la Sécurité sociale		Frais réels
<b>TRANSPORT SANITAIRE</b>		
Transports prescrits pour l'hospitalisation ou la médecine de ville		100%
<b>OPTIQUE</b>		
<b>La prise en charge des lunettes est limitée à une paire tous les 2 ans pour les personnes de 16 ans et plus et à une paire tous les ans pour les enfants de moins de 16 ans, sauf en cas d'évolution de la vue objectivée par une nouvelle prescription médicale ophtalmologique.</b>		
Se reporter à vos Conditions générales ou à votre Notice d'information pour plus de précisions sur les conditions de renouvellement		
<b>Lunettes (Verres et monture)</b>		
		Hors partenaires   Chez nos partenaires
Forfait lunettes à 2 verres simples	1 <sup>re</sup> , 2 <sup>e</sup> année	70 €/lunettes   80 €/lunettes
	3 <sup>e</sup> année	110 €/lunettes   130 €/lunettes
	4 <sup>e</sup> année et +	170 €/lunettes   200 €/lunettes
Forfait lunettes à 1 verre simple et 1 verre complexe ou très complexe	1 <sup>re</sup> , 2 <sup>e</sup> année	125 €/lunettes   125 €/lunettes
	3 <sup>e</sup> année	130 €/lunettes   140 €/lunettes
	4 <sup>e</sup> année et +	170 €/lunettes   200 €/lunettes
Forfait lunettes à 2 verres complexes ou très complexes (dès la première année)		200 €/lunettes
<b>Lentilles</b>		
Les lentilles prescrites sont prises en charge même si non remboursées par la Sécurité sociale. Le ticket modérateur des lentilles remboursées par la Sécurité sociale est pris en charge même si le forfait annuel est épuisé.		120 €/an
<b>Chirurgie réfractive</b>		
Opération de la myopie, de l'hypermétropie, de l'astigmatisme et de la presbytie par laser, non remboursée par la Sécurité sociale	1 <sup>re</sup> , 2 <sup>e</sup> année	70 €/an
	3 <sup>e</sup> année	110 €/an
	4 <sup>e</sup> année et +	170 €/an
<b>DENTAIRE</b>		
<b>Soins</b>		
Consultations et soins dentaires (dentistes et chirurgiens-dentistes) ; Parodontologie ; Inlay, onlay		100%
<b>Prothèses</b>		
		Hors partenaires   Chez nos partenaires
Prothèses (couronnes, bridges, appareils amovibles, implants, inlay-core) Le forfait annuel est utilisable pour les implants même si non remboursés par la Sécurité sociale.	1 <sup>re</sup> , 2 <sup>e</sup> année	100%   100%
		+ 40 €/an   + 90 €/an
	3 <sup>e</sup> année	100%   100%
		+ 70 €/an   + 120 €/an
	4 <sup>e</sup> année et +	100%   100%
		+ 100 €/an   + 150 €/an
<b>Orthodontie</b>		
Orthodontie (versé par semestre)	1 <sup>re</sup> , 2 <sup>e</sup> année	100%
		+ 20 €/sem. (soit 40 €/an)
	3 <sup>e</sup> année	100%
		+ 35 €/sem. (soit 70 €/an)
	4 <sup>e</sup> année et +	100%
		+ 50 €/sem. (soit 100 €/an)

## AIDES AUDITIVES

La prise en charge des aides auditives est limitée à un équipement par oreille tous les 4 ans. Ce délai de renouvellement s'entend pour chaque oreille indépendamment.

	Hors partenaires	Chez nos partenaires
Appareils auditifs (de classe I ou de classe II)	100% + 400 € /oreille	100% + 500 € /oreille
Accessoires, entretien et piles pour appareil auditif	100%	

## CURE THERMALE

Forfait de surveillance thermale, pratiques médicales complémentaires par un médecin ayant adhéré à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (DPTAM)	220%
Forfait de surveillance thermale, pratiques médicales complémentaires par un médecin n'ayant pas adhéré à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (DPTAM)	200%
Forfait thermal	200%
Frais d'hébergement et de transport, même si non remboursés par la Sécurité sociale, la cure étant remboursée par la Sécurité sociale	200 €

## ASSISTANCE

La description ci-dessous est un résumé des garanties d'assistance. Se référer à vos Conditions générales ou votre Notice d'information pour avoir la description complète des garanties, des limitations et des conditions d'utilisation.

Aide-ménagère suite à une hospitalisation de plus de 24 heures et par dérogation dans les cas prévus dans vos Conditions générales ou votre Notice d'information	Dans la limite de 40 heures par an
Garde-malade suite à une hospitalisation de plus de 24 heures	Une fois par an dans la limite de 40 heures
Garde-enfants pendant une hospitalisation de plus de 24 heures	Une fois par an dans la limite de 40 heures
Garde-animaux pendant une hospitalisation de plus de 24 heures	Une fois par an dans la limite de 250 €
Soutien scolaire suite à une immobilisation au domicile ou une hospitalisation	12 semaines par an dans la limite de 15 heures par semaine

Document non contractuel

AXA France Vie - S.A. au capital de 487 725 073,50 € - RCS Nanterre 310 499 959- TVA intracommunautaire n° FR 62 310 499 959. AXA Assurances Vie Mutuelle - Société d'assurance mutuelle sur la vie et de capitalisation à cotisations fixes - Siren 353 457 245 - TVA intracommunautaire n° FR 48 353 457 245. AXA France IARD - S.A. au capital de 214 799 030 € - RCS Nanterre 722 057 460 - TVA intracommunautaire n° FR 14 722 057 460. AXA Assurances IARD Mutuelle - Société d'assurance mutuelle à cotisations fixes contre l'incendie, les accidents et risques divers - Siren 775 699 309 - TVA intracommunautaire n° FR 39 775 699 309. Sièges sociaux : 313, Terrasses de l'Arche 92727 Nanterre Cedex. Entreprises régies par le Code des assurances.

Sommaire

MA100NRODCON



# Ma Santé 100% Tradi



## avec Modules Hospi + Optique Dentaire + Confort

### Règles générales applicables aux garanties

Les mots ou expressions soulignés sont définis dans le lexique de vos Conditions générales ou de votre Notice d'information.

#### Bien comprendre votre tableau de garanties

Nous prenons en charge uniquement les frais qui ont préalablement donné lieu à un remboursement par votre régime obligatoire d'assurance maladie français sauf lorsque cela est explicitement mentionné dans le tableau de garanties.

Vos garanties sont exprimées en pourcentage de la base de remboursement de la Sécurité sociale, en forfait en Euro ou en une combinaison des deux.

■ Les pourcentages intègrent les remboursements de votre régime obligatoire d'assurance maladie. Notre remboursement couvre la différence entre le taux remboursé par la Sécurité sociale et le taux affiché.

■ Les forfaits exprimés en Euro s'entendent par assuré. Lorsqu'ils sont définis par an, il s'agit de l'année d'assurance. Ils viennent en complément des remboursements de votre régime obligatoire d'assurance maladie français sauf indication spécifique. Ces forfaits ne sont pas reportables d'une année sur l'autre.

Les lunettes, aides auditives, soins et prothèses dentaires "100% santé" ne sont pas remboursés en totalité par votre contrat.

Les garanties du tableau sont explicitées dans vos Conditions générales ou votre Notice d'information.

#### Bon à savoir

- Le total des remboursements que vous percevez ne peut en aucun cas dépasser les frais réels engagés.
- La participation forfaitaire ainsi que les franchises sur les médicaments, sur les actes effectués par un auxiliaire médical et sur les transports ne sont pas prises en charge.
- Si vous ne respectez pas le parcours de soins, nous ne prenons pas en charge l'ensemble des pénalités appliquées par la Sécurité sociale (majoration du ticket modérateur, augmentation autorisée des tarifs conventionnels).
- Les montants exprimés « Chez nos partenaires » et « Hors partenaires » ne se cumulent pas.

Des exclusions et des limitations de garanties générales sont indiquées dans vos Conditions générales ou votre Notice d'information. Pour les soins à l'étranger, se reporter à la rubrique « Soins à l'étranger » dans vos Conditions générales ou votre Notice d'information.

HOSPITALISATION		
Honoraires		
Honoraires des médecins (y compris chirurgiens) ayant adhéré à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (DPTAM)	1 <sup>re</sup> année	220% <sup>(1)</sup>
	2 <sup>e</sup> année et +	400% <sup>(1)</sup>
Honoraires des médecins (y compris chirurgiens) n'ayant pas adhéré à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (DPTAM)	1 <sup>re</sup> année	200% <sup>(1)</sup>
	2 <sup>e</sup> année et +	200% <sup>(1)</sup>
<sup>(1)</sup> Les 3 premiers mois d'assurance le taux de remboursement est limité à 100%, sauf en cas d'accident, dans ce cas le taux entier est appliqué, ou en cas de reprise de contrat à la concurrence, dans ce cas le taux de votre ancien contrat est appliqué sans pouvoir excéder les limites prévues au tableau ci-dessus. Cela s'applique à la souscription du contrat et lors de l'ajout d'un bénéficiaire à l'exception des nouveau-nés.		
Frais de séjour		
Ticket modérateur sur le prix de journée ou sur les actes peu coûteux, participation forfaitaire pour les actes coûteux		
- En établissement conventionné	Frais réels	
- En établissement non conventionné		100%
Forfait journalier hospitalier		
Forfait journalier hospitalier		Frais réels
Chambre particulière et lit pour accompagnant		
Chambre particulière non remboursée par la Sécurité sociale (dans la limite de 30 jours par année d'assurance en moyen séjour)		25 €/jour
Lit pour accompagnant		Non pris en charge
Hospitalisation à domicile (HAD)		
Hospitalisation à domicile (HAD)		100%

<b>SOINS COURANTS</b>			
<b>Honoraires médicaux</b>			
Consultations et visites de généralistes et spécialistes ayant adhéré à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (DPTAM)		145%	
Consultations et visites de généralistes et spécialistes n'ayant pas adhéré à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (DPTAM)		125%	
Actes (radio, petite chirurgie)		100%	
<b>Analyses et examens de laboratoire</b>			
Examens médicaux (biologie, analyse médicale)		100%	
<b>Honoraires paramédicaux</b>			
Auxiliaires médicaux (par exemple : infirmier et infirmière, sage-femme, kinésithérapeute, orthophoniste, orthoptiste)		100%	
<b>Médicaments</b>			
Tout médicament remboursé par la Sécurité sociale		100%	
Médicament prescrit et non remboursé		30 €/an	
<b>Matériel médical</b>			
Prothèses, pansements, petits matériels et autres produits définis sur la Liste des Produits et Prestations remboursables de la Sécurité sociale (hors lunettes et aides auditives pour lesquelles se référer à leurs lignes spécifiques).		100%	
<b>Médecine douce et prévention</b>			
Médecine douce (ostéopathe, chiropracteur, acupuncteur, pédicure-podologue) non remboursée par la Sécurité sociale		25 €/séance	
- Nombre de séances remboursées toutes spécialités confondues		3 séances /an	
Forfait prévention			
- Sevrage tabagique : Tous les médicaments et produits à base de nicotine prescrits par un médecin, dans un but de sevrage tabagique (avec Autorisation de Mise sur le Marché ou norme Afnor) même non remboursés par la Sécurité sociale		50 €/an	
- Consultation diététicien non remboursée par la Sécurité sociale			
Vaccin antigrippe prescrit même non remboursé par la Sécurité sociale		Frais réels	
<b>TRANSPORT SANITAIRE</b>			
Transports prescrits pour l'hospitalisation ou la médecine de ville		100%	
<b>OPTIQUE</b>			
<b>La prise en charge des lunettes est limitée à une paire tous les 2 ans pour les personnes de 16 ans et plus et à une paire tous les ans pour les enfants de moins de 16 ans</b> , sauf en cas d'évolution de la vue objectivée par une nouvelle prescription médicale ophtalmologique.			
Se reporter à vos Conditions générales ou à votre Notice d'information pour plus de précisions sur les conditions de renouvellement			
<b>Lunettes (Verres et monture)</b>			
		Hors partenaires	Chez nos partenaires
Forfait lunettes à 2 verres simples	1 <sup>re</sup> , 2 <sup>e</sup> année	70 €/lunettes	80 €/lunettes
	3 <sup>e</sup> année	110 €/lunettes	130 €/lunettes
	4 <sup>e</sup> année et +	170 €/lunettes	200 €/lunettes
Forfait lunettes à 1 verre simple et 1 verre complexe ou très complexe	1 <sup>re</sup> , 2 <sup>e</sup> année	125 €/lunettes	125 €/lunettes
	3 <sup>e</sup> année	130 €/lunettes	140 €/lunettes
	4 <sup>e</sup> année et +	170 €/lunettes	200 €/lunettes
Forfait lunettes à 2 verres complexes ou très complexes (dès la première année)		200 €/lunettes	
<b>Lentilles</b>			
Les lentilles prescrites sont prises en charge même si non remboursées par la Sécurité sociale. Le ticket modérateur des lentilles remboursées par la Sécurité sociale est pris en charge même si le forfait annuel est épuisé.		120 €/an	
<b>Chirurgie réfractive</b>			
Opération de la myopie, de l'hypermétropie, de l'astigmatisme et de la presbytie par laser, non remboursée par la Sécurité sociale	1 <sup>re</sup> , 2 <sup>e</sup> année	70 €/an	
	3 <sup>e</sup> année	110 €/an	
	4 <sup>e</sup> année et +	170 €/an	
<b>DENTAIRE</b>			
<b>Soins</b>			
Consultations et soins dentaires (dentistes et chirurgiens-dentistes) ; Parodontologie ; Inlay, onlay		100%	
<b>Prothèses</b>			
		Hors partenaires	Chez nos partenaires
Prothèses (couronnes, bridges, appareils amovibles, implants, inlay-core) Le forfait annuel est utilisable pour les implants même si non remboursés par la Sécurité sociale.	1 <sup>re</sup> , 2 <sup>e</sup> année	100% + 40 €/an	100% + 90 €/an
	3 <sup>e</sup> année	100% + 70 €/an	100% + 120 €/an
	4 <sup>e</sup> année et +	100% + 100 €/an	100% + 150 €/an

## Orthodontie

Orthodontie (versé par semestre)	1 <sup>re</sup> , 2 <sup>e</sup> année	100% + 20 €/sem. (soit 40 €/an)
	3 <sup>e</sup> année	100% + 35 €/sem. (soit 70 €/an)
	4 <sup>e</sup> année et +	100% + 50 €/sem. (soit 100 €/an)

## AIDES AUDITIVES

La prise en charge des aides auditives est limitée à un équipement par oreille tous les 4 ans. Ce délai de renouvellement s'entend pour chaque oreille indépendamment.

	Hors partenaires	Chez nos partenaires
Appareils auditifs (de classe I ou de classe II)	100% + 400 €/oreille	100% + 500 €/oreille
Accessoires, entretien et piles pour appareil auditif		100%

## CURE THERMALE

Forfait de surveillance thermale, pratiques médicales complémentaires par un médecin ayant adhéré à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (DPTAM)	220%
Forfait de surveillance thermale, pratiques médicales complémentaires par un médecin n'ayant pas adhéré à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (DPTAM)	200%
Forfait thermal	200%
Frais d'hébergement et de transport, même si non remboursés par la Sécurité sociale, la cure étant remboursée par la Sécurité sociale	200 €

## ASSISTANCE

La description ci-dessous est un résumé des garanties d'assistance. Se référer à vos Conditions générales ou votre Notice d'information pour avoir la description complète des garanties, des limitations et des conditions d'utilisation.

Aide-ménagère suite à une hospitalisation de plus de 24 heures et par dérogation dans les cas prévus dans vos Conditions générales ou votre Notice d'information	Dans la limite de 40 heures par an
Garde-malade suite à une hospitalisation de plus de 24 heures	Une fois par an dans la limite de 40 heures
Garde-enfants pendant une hospitalisation de plus de 24 heures	Une fois par an dans la limite de 40 heures
Garde-animaux pendant une hospitalisation de plus de 24 heures	Une fois par an dans la limite de 250 €
Soutien scolaire suite à une immobilisation au domicile ou une hospitalisation	12 semaines par an dans la limite de 15 heures par semaine

Document non contractuel

AXA France Vie - S.A. au capital de 487 725 073,50 € - RCS Nanterre 310 499 959- TVA intracommunautaire n° FR 62 310 499 959. AXA Assurances Vie Mutuelle - Société d'assurance mutuelle sur la vie et de capitalisation à cotisations fixes - Siren 353 457 245 - TVA intracommunautaire n° FR 48 353 457 245. AXA France IARD - S.A. au capital de 214 799 030 € - RCS Nanterre 722 057 460 - TVA intracommunautaire n° FR 14 722 057 460. AXA Assurances IARD Mutuelle - Société d'assurance mutuelle à cotisations fixes contre l'incendie, les accidents et risques divers - Siren 775 699 309 - TVA intracommunautaire n° FR 39 775 699 309. Sièges sociaux : 313, Terrasses de l'Arche 92727 Nanterre Cedex. Entreprises régies par le Code des assurances.

Sommaire

MA100NRHOSODCON



# Ma Santé 100 % Néo



## Règles générales applicables aux garanties

Les mots ou expressions soulignés sont définis dans le lexique de vos Conditions générales ou de votre Notice d'information.

### Bien comprendre votre tableau de garanties

**Nous prenons en charge uniquement les frais qui ont préalablement donné lieu à un remboursement par votre régime obligatoire d'assurance maladie français** sauf lorsque cela est explicitement mentionné dans le tableau de garanties.

Vos garanties sont exprimées **en pourcentage de la base de remboursement de la Sécurité sociale**, en forfait en Euro ou en une combinaison des deux.

■ **Les pourcentages intègrent les remboursements de votre régime obligatoire d'assurance maladie.** Notre remboursement couvre la différence entre le taux remboursé par la Sécurité sociale et le taux affiché.

■ Les forfaits exprimés en Euro s'entendent **par assuré**. Lorsqu'ils sont définis par an, il s'agit de l'année d'assurance. Ils viennent en complément des remboursements de votre régime obligatoire d'assurance maladie français sauf indication spécifique. Ces forfaits ne sont pas reportables d'une année sur l'autre.

Les garanties "100% santé" et les garanties à tarifs limités ou libres ne se cumulent pas.

Les garanties du tableau sont explicitées dans vos Conditions générales ou votre Notice d'information.

### Bon à savoir

- Le total des remboursements que vous percevez ne peut en aucun cas dépasser les frais réels engagés.
- La participation forfaitaire ainsi que les franchises sur les médicaments, sur les actes effectués par un auxiliaire médical et sur les transports ne sont pas prises en charge.
- Si vous ne respectez pas le parcours de soins, nous ne prenons pas en charge l'ensemble des pénalités appliquées par la Sécurité sociale (majoration du ticket modérateur, augmentation autorisée des tarifs conventionnels).

**Des exclusions et des limitations de garanties générales sont indiquées dans vos Conditions générales ou votre Notice d'information. Pour les soins à l'étranger, se reporter à la rubrique « Soins à l'étranger » dans vos Conditions générales ou votre Notice d'information.**

HOSPITALISATION	
<b>Honoraires</b>	
Honoraires des médecins	100%
<b>Frais de séjour</b>	
Ticket modérateur sur le prix de journée ou sur les actes peu coûteux, participation forfaitaire pour les actes coûteux	
- En établissement conventionné	Frais réels
- En établissement non conventionné	100%
<b>Forfait journalier hospitalier</b>	
Forfait journalier hospitalier	Frais réels
<b>Chambre particulière et lit pour accompagnant</b>	
Chambre particulière	Non pris en charge
Lit pour accompagnant	Non pris en charge
<b>Confort à l'hôpital</b>	
Télévision, connexion internet, téléphone (dans la limite de 30 jours par année d'assurance en moyen séjour)	Non pris en charge
<b>Hospitalisation à domicile (HAD)</b>	
Hospitalisation à domicile (HAD)	100%
<b>SOINS COURANTS</b>	
<b>Honoraires médicaux</b>	
Consultations, visites et actes (radio, petite chirurgie) de médecins généralistes ou spécialistes	100%
<b>Analyses et examens de laboratoire</b>	
Examens médicaux (biologie, analyse médicale)	100%
<b>Honoraires paramédicaux</b>	
Auxiliaires médicaux (par exemple : infirmier et infirmière, sage-femme, kinésithérapeute, orthophoniste, orthoptiste)	100%

<b>Médicaments</b>	
Médicaments à service médical rendu majeur ou important (ex-vignette blanche)	100%
Médicaments à service médical rendu modéré (ex-vignette bleue)	100%
Médicaments à service médical rendu faible (ex-vignette orange)	Non pris en charge
<b>Matériel médical</b>	
Prothèses, pansements, petits matériels et autres produits définis sur la Liste des Produits et Prestations remboursables de la Sécurité sociale (hors lunettes et aides auditives pour lesquelles se référer à leurs lignes spécifiques).	100%
<b>Médecine douce et prévention</b>	
Médecine douce	Non pris en charge
Forfait prévention <ul style="list-style-type: none"> <li>- Sevrage tabagique : Tous les médicaments et produits à base de nicotine prescrits par un médecin, dans un but de sevrage tabagique (avec Autorisation de Mise sur le Marché ou norme Afnor) même non remboursés par la Sécurité sociale</li> <li>- Vaccin antigrippe prescrit même non remboursé par la Sécurité sociale</li> <li>- Consultation diététicien non remboursée par la Sécurité sociale</li> </ul>	50 € /an
<b>TRANSPORT SANITAIRE</b>	
Transports prescrits pour l'hospitalisation ou la médecine de ville	100%
<b>OPTIQUE</b>	
<b>La prise en charge des lunettes est limitée à une paire tous les 2 ans pour les personnes de 16 ans et plus et à une paire tous les ans pour les enfants de moins de 16 ans</b> , sauf en cas d'évolution de la vue objectivée par une nouvelle prescription médicale ophtalmologique.	
Le montant remboursé pour un équipement (2 verres + une monture) est dans tous les cas limité aux plafonds définis par la réglementation des contrats responsables.	
Se reporter à vos Conditions générales ou à votre Notice d'information pour plus de précisions sur les conditions de renouvellement et sur la réglementation applicable.	
<b>Equipements "100% santé"</b>	
Lunettes "100% santé", verres et monture de classe A, telles que définies par la réglementation	Frais réels dans la limite des prix limites de vente définis par la réglementation
<b>Lunettes à tarifs libres</b>	
Verres et monture de classe B	100% <sup>(1)</sup>
<sup>(1)</sup> Ce remboursement à hauteur de la base de remboursement de la Sécurité sociale est quasi-nul, cette base de remboursement étant de quelques centimes.	(Remboursement quasi-nul)
<b>Lentilles</b>	
Lentilles	100%
<b>Chirurgie réfractive</b>	
Opération de la myopie, de l'hypermétropie, de l'astigmatisme et de la presbytie par laser, non remboursée par la Sécurité sociale	Non pris en charge
<b>DENTAIRE</b>	
<b>Soins</b>	
Consultations et soins dentaires (hors inlays-onlays d'obturation), chirurgie et parodontologie	100%
<b>Prothèses</b>	
Prothèses à tarifs limités, prothèses à tarifs libres, inlays-onlays d'obturation	
Les prothèses à tarifs limités et les prothèses à tarifs libres sont définies par la réglementation.	
Les prothèses à tarifs limités incluent certaines couronnes céramo-métalliques sur deuxièmes prémolaires et molaires ; les prothèses à tarifs libres incluent certaines couronnes céramo-céramiques (se reporter à vos Conditions générales ou à votre Notice d'information pour trouver plus d'exemples et les références précises à la réglementation).	100%
<b>Soins et prothèses "100% santé"</b>	
Les soins et prothèses "100% santé" sont définis par la réglementation.	
Ces prothèses incluent certaines couronnes céramo-métalliques sur incisives, canines et premières prémolaires, certaines couronnes métalliques sur les autres dents (se reporter à vos Conditions générales ou à votre Notice d'information pour trouver plus d'exemples et les références précises à la réglementation).	Frais réels dans la limite des honoraires limites de facturation définis par la réglementation
<b>Orthodontie</b>	
Orthodontie	
Le traitement par semestre et les soins de contention 1 <sup>re</sup> année étant déjà pris en charge à 100% de la base de remboursement par la Sécurité sociale, notre remboursement de l'orthodontie dans cette formule est limité au ticket modérateur sur les autres actes d'orthodontie.	100%

## AIDES AUDITIVES

**La prise en charge des aides auditives est limitée à un équipement par oreille tous les 4 ans.** Ce délai de renouvellement s'entend pour chaque oreille indépendamment.

Le remboursement d'une aide auditive ne peut pas excéder 1700 €. Conformément à la réglementation, ce plafond de 1700 € est calculé en y incluant le remboursement du régime obligatoire et le remboursement complémentaire éventuel des régimes locaux ou spéciaux (Alsace-Moselle, SNCF, etc.), .

### Equipements "100% santé"

Les aides auditives "100% santé" (classe I) sont définies par la réglementation (se reporter à vos Conditions générales ou à votre Notice d'information).

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

### Aides auditives à tarifs libres

Aides auditives à tarifs libres (classe II)

100%

### Accessoires

Accessoires, entretien et piles pour appareil auditif

100%

## CURE THERMALE

Cure thermale

Non pris en charge

## ASSISTANCE

**La description ci-dessous est un résumé des garanties d'assistance.** Se référer à vos Conditions générales ou votre Notice d'information pour avoir la description complète des garanties, des limitations et des conditions d'utilisation.

Aide-ménagère suite à une hospitalisation de plus de 24 heures et par dérogation dans les cas prévus dans vos Conditions générales ou votre Notice d'information

Dans la limite de 40 heures par an

Garde-malade suite à une hospitalisation de plus de 24 heures

Une fois par an dans la limite de 40 heures

Garde-enfants pendant une hospitalisation de plus de 24 heures

Une fois par an dans la limite de 40 heures

Garde-animaux pendant une hospitalisation de plus de 24 heures

Une fois par an dans la limite de 250 €

Soutien scolaire suite à une immobilisation au domicile ou une hospitalisation

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

Document non contractuel

AXA France Vie - S.A. au capital de 487 725 073,50 € - RCS Nanterre 310 499 959- TVA intracommunautaire n° FR 62 310 499 959. AXA Assurances Vie Mutuelle - Société d'assurance mutuelle sur la vie et de capitalisation à cotisations fixes - Siren 353 457 245 - TVA intracommunautaire n° FR 48 353 457 245. AXA France IARD - S.A. au capital de 214 799 030 € - RCS Nanterre 722 057 460 - TVA intracommunautaire n° FR 14 722 057 460. AXA Assurances IARD Mutuelle - Société d'assurance mutuelle à cotisations fixes contre l'incendie, les accidents et risques divers - Siren 775 699 309 - TVA intracommunautaire n° FR 39 775 699 309. Sièges sociaux : 313, Terrasses de l'Arche 92727 Nanterre Cedex. Entreprises régies par le Code des assurances.

Sommaire



# Ma Santé 100% Néo



## avec Module Hospi

### Règles générales applicables aux garanties

Les mots ou expressions soulignés sont définis dans le lexique de vos Conditions générales ou de votre Notice d'information.

#### Bien comprendre votre tableau de garanties

Nous prenons en charge uniquement les frais qui ont préalablement donné lieu à un remboursement par votre régime obligatoire d'assurance maladie français sauf lorsque cela est explicitement mentionné dans le tableau de garanties.

Vos garanties sont exprimées en pourcentage de la base de remboursement de la Sécurité sociale, en forfait en Euro ou en une combinaison des deux.

- Les pourcentages intègrent les remboursements de votre régime obligatoire d'assurance maladie. Notre remboursement couvre la différence entre le taux remboursé par la Sécurité sociale et le taux affiché.
- Les forfaits exprimés en Euro s'entendent par assuré. Lorsqu'ils sont définis par an, il s'agit de l'année d'assurance. Ils viennent en complément des remboursements de votre régime obligatoire d'assurance maladie français sauf indication spécifique. Ces forfaits ne sont pas reportables d'une année sur l'autre.

Les garanties "100% santé" et les garanties à tarifs limités ou libres ne se cumulent pas.

Les garanties du tableau sont explicitées dans vos Conditions générales ou votre Notice d'information.

#### Bon à savoir

- Le total des remboursements que vous percevez ne peut en aucun cas dépasser les frais réels engagés.
- La participation forfaitaire ainsi que les franchises sur les médicaments, sur les actes effectués par un auxiliaire médical et sur les transports ne sont pas prises en charge.
- Si vous ne respectez pas le parcours de soins, nous ne prenons pas en charge l'ensemble des pénalités appliquées par la Sécurité sociale (majoration du ticket modérateur, augmentation autorisée des tarifs conventionnels).

Des exclusions et des limitations de garanties générales sont indiquées dans vos Conditions générales ou votre Notice d'information. Pour les soins à l'étranger, se reporter à la rubrique « Soins à l'étranger » dans vos Conditions générales ou votre Notice d'information.

#### HOSPITALISATION

##### Honoraires

Honoraires des médecins (y compris chirurgiens) ayant adhéré à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (DPTAM)	1 <sup>re</sup> année	220% <sup>(1)</sup>
	2 <sup>e</sup> année et +	400% <sup>(1)</sup>
Honoraires des médecins (y compris chirurgiens) n'ayant pas adhéré à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (DPTAM)	1 <sup>re</sup> année	200% <sup>(1)</sup>
	2 <sup>e</sup> année et +	200% <sup>(1)</sup>

<sup>(1)</sup> Les 3 premiers mois d'assurance le taux de remboursement est limité à 100%, sauf en cas d'accident, dans ce cas le taux entier est appliqué, ou en cas de reprise de contrat à la concurrence, dans ce cas le taux de votre ancien contrat est appliqué sans pouvoir excéder les limites prévues au tableau ci-dessus. Cela s'applique à la souscription du contrat et lors de l'ajout d'un bénéficiaire à l'exception des nouveau-nés.

##### Frais de séjour

Ticket modérateur sur le prix de journée ou sur les actes peu coûteux, participation forfaitaire pour les actes coûteux

- En établissement conventionné
- En établissement non conventionné

Frais réels  
-----  
100%

##### Forfait journalier hospitalier

Forfait journalier hospitalier

Frais réels

##### Chambre particulière et lit pour accompagnant

Chambre particulière non remboursée par la Sécurité sociale (dans la limite de 30 jours par année d'assurance en moyen séjour)

- avec nuitée
- sans nuitée (en ambulatoire)

40 €/jour  
-----  
20 €/jour

Lit pour accompagnant non remboursé par la Sécurité sociale

15 €/jour

##### Confort à l'hôpital

Télévision, connexion internet, téléphone (dans la limite de 30 jours par année d'assurance en moyen séjour)

3 €/jour

<b>Hospitalisation à domicile (HAD)</b>	
Hospitalisation à domicile (HAD)	100%
<b>SOINS COURANTS</b>	
<b>Honoraires médicaux</b>	
Consultations, visites et actes (radio, petite chirurgie) de médecins généralistes ou spécialistes	100%
<b>Analyses et examens de laboratoire</b>	
Examens médicaux (biologie, analyse médicale)	100%
<b>Honoraires paramédicaux</b>	
Auxiliaires médicaux (par exemple : infirmier et infirmière, sage-femme, kinésithérapeute, orthophoniste, orthoptiste)	100%
<b>Médicaments</b>	
Médicaments à service médical rendu majeur ou important (ex-vignette blanche)	100%
Médicaments à service médical rendu modéré (ex-vignette bleue)	100%
Médicaments à service médical rendu faible (ex-vignette orange)	Non pris en charge
<b>Matériel médical</b>	
Prothèses, pansements, petits matériels et autres produits définis sur la Liste des Produits et Prestations remboursables de la Sécurité sociale (hors lunettes et aides auditives pour lesquelles se référer à leurs lignes spécifiques).	100%
<b>Médecine douce et prévention</b>	
Médecine douce	Non pris en charge
Forfait prévention	
- Sevrage tabagique : Tous les médicaments et produits à base de nicotine prescrits par un médecin, dans un but de sevrage tabagique (avec Autorisation de Mise sur le Marché ou norme Afnor) même non remboursés par la Sécurité sociale	50 € /an
- Vaccin antigrippe prescrit même non remboursé par la Sécurité sociale	
- Consultation diététicien non remboursée par la Sécurité sociale	
<b>TRANSPORT SANITAIRE</b>	
Transports prescrits pour l'hospitalisation ou la médecine de ville	100%
<b>OPTIQUE</b>	
<b>La prise en charge des lunettes est limitée à une paire tous les 2 ans pour les personnes de 16 ans et plus et à une paire tous les ans pour les enfants de moins de 16 ans</b> , sauf en cas d'évolution de la vue objectivée par une nouvelle prescription médicale ophtalmologique.	
Le montant remboursé pour un équipement (2 verres + une monture) est dans tous les cas limité aux plafonds définis par la réglementation des contrats responsables.	
Se reporter à vos Conditions générales ou à votre Notice d'information pour plus de précisions sur les conditions de renouvellement et sur la réglementation applicable.	
<b>Equipements "100% santé"</b>	
Lunettes "100% santé", verres et monture de classe A, telles que définies par la réglementation	Frais réels dans la limite des prix limites de vente définis par la réglementation
<b>Lunettes à tarifs libres</b>	
Verres et monture de classe B	100% <sup>(2)</sup>
<sup>(2)</sup> Ce remboursement à hauteur de la base de remboursement de la Sécurité sociale est quasi-nul, cette base de remboursement étant de quelques centimes.	(Remboursement quasi-nul)
<b>Lentilles</b>	
Lentilles	100%
<b>Chirurgie réfractive</b>	
Opération de la myopie, de l'hypermétropie, de l'astigmatisme et de la presbytie par laser, non remboursée par la Sécurité sociale	Non pris en charge
<b>DENTAIRE</b>	
<b>Soins</b>	
Consultations et soins dentaires (hors inlays-onlays d'obturation), chirurgie et parodontologie	100%
<b>Prothèses</b>	
Prothèses à tarifs limités, prothèses à tarifs libres, inlays-onlays d'obturation	100%
Les prothèses à tarifs limités et les prothèses à tarifs libres sont définies par la réglementation.	
Les prothèses à tarifs limités incluent certaines couronnes céramo-métalliques sur deuxièmes prémolaires et molaires ; les prothèses à tarifs libres incluent certaines couronnes céramo-céramiques (se reporter à vos Conditions générales ou à votre Notice d'information pour trouver plus d'exemples et les références précises à la réglementation).	
<b>Soins et prothèses "100% santé"</b>	
Les soins et prothèses "100% santé" sont définis par la réglementation.	Frais réels dans la limite des honoraires limites de facturation définis par la réglementation
Ces prothèses incluent certaines couronnes céramo-métalliques sur incisives, canines et premières prémolaires, certaines couronnes métalliques sur les autres dents (se reporter à vos Conditions générales ou à votre Notice d'information pour trouver plus d'exemples et les références précises à la réglementation).	

## Orthodontie

Orthodontie

Le traitement par semestre et les soins de contention 1ère année étant déjà pris en charge à 100% de la base de remboursement par la Sécurité sociale, notre remboursement de l'orthodontie dans cette formule est limité au ticket modérateur sur les autres actes d'orthodontie.

100%

## AIDES AUDITIVES

**La prise en charge des aides auditives est limitée à un équipement par oreille tous les 4 ans.** Ce délai de renouvellement s'entend pour chaque oreille indépendamment.

Le remboursement d'une aide auditive ne peut pas excéder 1700 €. Conformément à la réglementation, ce plafond de 1700 € est calculé en y incluant le remboursement du régime obligatoire et le remboursement complémentaire éventuel des régimes locaux ou spéciaux (Alsace-Moselle, SNCF, etc.), .

### Equipements "100% santé"

Les aides auditives "100% santé" (classe I) sont définies par la réglementation (se reporter à vos Conditions générales ou à votre Notice d'information).

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

### Aides auditives à tarifs libres

Aides auditives à tarifs libres (classe II)

100%

### Accessoires

Accessoires, entretien et piles pour appareil auditif

100%

## CURE THERMALE

Cure thermale

Non pris en charge

## ASSISTANCE

**La description ci-dessous est un résumé des garanties d'assistance.** Se référer à vos Conditions générales ou votre Notice d'information pour avoir la description complète des garanties, des limitations et des conditions d'utilisation.

Aide-ménagère suite à une hospitalisation de plus de 24 heures et par dérogation dans les cas prévus dans vos Conditions générales ou votre Notice d'information

Dans la limite de 40 heures par an

Garde-malade suite à une hospitalisation de plus de 24 heures

Une fois par an dans la limite de 40 heures

Garde-enfants pendant une hospitalisation de plus de 24 heures

Une fois par an dans la limite de 40 heures

Garde-animaux pendant une hospitalisation de plus de 24 heures

Une fois par an dans la limite de 250 €

Soutien scolaire suite à une immobilisation au domicile ou une hospitalisation

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

Document non contractuel

AXA France Vie - S.A. au capital de 487 725 073,50 € - RCS Nanterre 310 499 959- TVA intracommunautaire n° FR 62 310 499 959. AXA Assurances Vie Mutuelle - Société d'assurance mutuelle sur la vie et de capitalisation à cotisations fixes - Siren 353 457 245 - TVA intracommunautaire n° FR 48 353 457 245 . AXA France IARD - S.A. au capital de 214 799 030 € - RCS Nanterre 722 057 460 - TVA intracommunautaire n° FR 14 722 057 460. AXA Assurances IARD Mutuelle - Société d'assurance mutuelle à cotisations fixes contre l'incendie, les accidents et risques divers - Siren 775 699 309 - TVA intracommunautaire n° FR 39 775 699 309. Sièges sociaux : 313, Terrasses de l'Arche 92727 Nanterre Cedex. Entreprises régies par le Code des assurances.

Sommaire

MA100RHOS



# Ma Santé 100% Néo



## avec Module Optique Dentaire

### Règles générales applicables aux garanties

Les mots ou expressions soulignés sont définis dans le lexique de vos Conditions générales ou de votre Notice d'information.

#### Bien comprendre votre tableau de garanties

Nous prenons en charge uniquement les frais qui ont préalablement donné lieu à un remboursement par votre régime obligatoire d'assurance maladie français sauf lorsque cela est explicitement mentionné dans le tableau de garanties.

Vos garanties sont exprimées en pourcentage de la base de remboursement de la Sécurité sociale, en forfait en Euro ou en une combinaison des deux.

- Les pourcentages intègrent les remboursements de votre régime obligatoire d'assurance maladie. Notre remboursement couvre la différence entre le taux remboursé par la Sécurité sociale et le taux affiché.
- Les forfaits exprimés en Euro s'entendent par assuré. Lorsqu'ils sont définis par an, il s'agit de l'année d'assurance. Ils viennent en complément des remboursements de votre régime obligatoire d'assurance maladie français sauf indication spécifique. Ces forfaits ne sont pas reportables d'une année sur l'autre.

Les garanties "100% santé" et les garanties à tarifs limités ou libres ne se cumulent pas.

Les garanties du tableau sont explicitées dans vos Conditions générales ou votre Notice d'information.

#### Bon à savoir

- Le total des remboursements que vous percevez ne peut en aucun cas dépasser les frais réels engagés.
- La participation forfaitaire ainsi que les franchises sur les médicaments, sur les actes effectués par un auxiliaire médical et sur les transports ne sont pas prises en charge.
- Si vous ne respectez pas le parcours de soins, nous ne prenons pas en charge l'ensemble des pénalités appliquées par la Sécurité sociale (majoration du ticket modérateur, augmentation autorisée des tarifs conventionnels).

Des exclusions et des limitations de garanties générales sont indiquées dans vos Conditions générales ou votre Notice d'information. Pour les soins à l'étranger, se reporter à la rubrique « Soins à l'étranger » dans vos Conditions générales ou votre Notice d'information.

HOSPITALISATION	
<b>Honoraires</b>	
Honoraires des médecins	100%
<b>Frais de séjour</b>	
Ticket modérateur sur le prix de journée ou sur les actes peu coûteux, participation forfaitaire pour les actes coûteux	
- En établissement conventionné	Frais réels
- En établissement non conventionné	100%
<b>Forfait journalier hospitalier</b>	
Forfait journalier hospitalier	Frais réels
<b>Chambre particulière et lit pour accompagnant</b>	
Chambre particulière	Non pris en charge
Lit pour accompagnant	Non pris en charge
<b>Confort à l'hôpital</b>	
Télévision, connexion internet, téléphone (dans la limite de 30 jours par année d'assurance en moyen séjour)	Non pris en charge
<b>Hospitalisation à domicile (HAD)</b>	
Hospitalisation à domicile (HAD)	100%
SOINS COURANTS	
<b>Honoraires médicaux</b>	
Consultations, visites et actes (radio, petite chirurgie) de médecins généralistes ou spécialistes	100%
<b>Analyses et examens de laboratoire</b>	
Examens médicaux (biologie, analyse médicale)	100%
<b>Honoraires paramédicaux</b>	
Auxiliaires médicaux (par exemple : infirmier et infirmière, sage-femme, kinésithérapeute, orthophoniste, orthoptiste)	100%

<b>Médicaments</b>		
Médicaments à service médical rendu majeur ou important (ex-vignette blanche)		100%
Médicaments à service médical rendu modéré (ex-vignette bleue)		100%
Médicaments à service médical rendu faible (ex-vignette orange)		Non pris en charge
<b>Matériel médical</b>		
Prothèses, pansements, petits matériels et autres produits définis sur la Liste des Produits et Prestations remboursables de la Sécurité sociale (hors lunettes et aides auditives pour lesquelles se référer à leurs lignes spécifiques).		100%
<b>Médecine douce et prévention</b>		
Médecine douce		Non pris en charge
Forfait prévention <ul style="list-style-type: none"> <li>- Sevrage tabagique : Tous les médicaments et produits à base de nicotine prescrits par un médecin, dans un but de sevrage tabagique (avec Autorisation de Mise sur le Marché ou norme Afnor) même non remboursés par la Sécurité sociale</li> <li>- Vaccin antigrippe prescrit même non remboursé par la Sécurité sociale</li> <li>- Consultation diététicien non remboursée par la Sécurité sociale</li> </ul>	50 €/an	
<b>TRANSPORT SANITAIRE</b>		
Transports prescrits pour l'hospitalisation ou la médecine de ville		100%
<b>OPTIQUE</b>		
<p><b>La prise en charge des lunettes est limitée à une paire tous les 2 ans pour les personnes de 16 ans et plus et à une paire tous les ans pour les enfants de moins de 16 ans</b>, sauf en cas d'évolution de la vue objectivée par une nouvelle prescription médicale ophtalmologique.</p> <p>Le montant remboursé pour un équipement (2 verres + une monture) est dans tous les cas limité aux plafonds définis par la réglementation des contrats responsables.</p> <p>Les forfaits en Euro sur les lunettes (verres ou montures) intègrent le remboursement de la Sécurité sociale et l'éventuel remboursement complémentaire des régimes locaux ou spéciaux (Alsace-Moselle, SNCF, etc.)</p> <p>Se reporter à vos Conditions générales ou à votre Notice d'information pour plus de précisions sur les conditions de renouvellement et sur la réglementation applicable.</p>		
<b>Equipements "100% santé"</b>		
Lunettes "100% santé", verres et monture de classe A, telles que définies par la réglementation		Frais réels dans la limite des prix limites de vente définis par la réglementation
<b>Lunettes à tarifs libres</b>		
Verres de classe B		
La Grille optique A vous permet un remboursement sans reste à charge dans le réseau Itelis sur une sélection de verres et de traitements. Elle définit un forfait de remboursement par verre en fonction de leur correction en dehors du réseau Itelis. La Grille optique A est décrite en annexe de ce document.		Grille optique A 
Monture de classe B	1 <sup>re</sup> , 2 <sup>e</sup> année	50 € pour la monture
	3 <sup>e</sup> année	75 € pour la monture
	4 <sup>e</sup> année et +	100 € pour la monture
<b>Lentilles</b>		
Les lentilles prescrites sont prises en charge même si non remboursées par la Sécurité sociale. Le ticket modérateur des lentilles remboursées par la Sécurité sociale est pris en charge même si le forfait annuel est épuisé.		120 €/an
<b>Chirurgie réfractive</b>		
Opération de la myopie, de l'hypermétropie, de l'astigmatisme et de la presbytie par laser non, non remboursée par la Sécurité sociale		170 €/œil
<b>DENTAIRE</b>		
<b>Soins</b>		
Consultations et soins dentaires (hors inlays-onlays d'obturation), chirurgie et parodontologie remboursée		125%
<b>Prothèses</b>		
Prothèses à tarifs limités, prothèses à tarifs libres, inlays-onlays d'obturation		
Les prothèses à tarifs limités et les prothèses à tarifs libres sont définies par la réglementation. Pour les prothèses à tarifs limités, notre garantie ne peut dépasser les honoraires limites de facturation réglementaires.	1 <sup>re</sup> , 2 <sup>e</sup> année	100% + 170 €/an
Les prothèses à tarifs limités incluent certaines couronnes céramo-métalliques sur deuxièmes prémolaires et molaires ; les prothèses à tarifs libres incluent certaines couronnes céramo-céramiques (se reporter à vos Conditions générales ou à votre Notice d'information pour trouver plus d'exemples et les références précises à la réglementation).	3 <sup>e</sup> année	100% + 250 €/an
Le forfait en Euro est utilisable pour les implants et la parodontologie non remboursés par la Sécurité sociale.	4 <sup>e</sup> année et +	100% + 300 €/an

## Soins et prothèses "100% santé"

Les soins et prothèses "100% santé" sont définis par la réglementation.

Ces prothèses incluent certaines couronnes céramo-métalliques sur incisives, canines et premières prémolaires, certaines couronnes métalliques sur les autres dents (se reporter à vos Conditions générales ou à votre Notice d'information pour trouver plus d'exemples et les références précises à la réglementation).

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

## Orthodontie

Orthodontie (versé par semestre)

1 <sup>re</sup> , 2 <sup>e</sup> année	100 €/sem. (soit 200 €/an)
3 <sup>e</sup> année	150 €/sem. (soit 300 €/an)
4 <sup>e</sup> année et +	200 €/sem. (soit 400 €/an)

## AIDES AUDITIVES

**La prise en charge des aides auditives est limitée à un équipement par oreille tous les 4 ans.** Ce délai de renouvellement s'entend pour chaque oreille indépendamment.

Le remboursement d'une aide auditive ne peut pas excéder 1700 €. Conformément à la réglementation, ce plafond de 1700 € est calculé en y incluant le remboursement du régime obligatoire et le remboursement complémentaire éventuel des régimes locaux ou spéciaux (Alsace-Moselle, SNCF, etc.), .

## Equipements "100% santé"

Les aides auditives "100% santé" (classe I) sont définies par la réglementation (se reporter à vos Conditions générales ou à votre Notice d'information).

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

## Aides auditives à tarifs libres

Aides auditives à tarifs libres (classe II)

100%

## Accessoires

Accessoires, entretien et piles pour appareil auditif

100%

## CURE THERMALE

Cure thermale

Non pris en charge

## ASSISTANCE

**La description ci-dessous est un résumé des garanties d'assistance.** Se référer à vos Conditions générales ou votre Notice d'information pour avoir la description complète des garanties, des limitations et des conditions d'utilisation.

Aide-ménagère suite à une hospitalisation de plus de 24 heures et par dérogation dans les cas prévus dans vos Conditions générales ou votre Notice d'information

Dans la limite de 40 heures par an

Garde-malade suite à une hospitalisation de plus de 24 heures

Une fois par an dans la limite de 40 heures

Garde-enfants pendant une hospitalisation de plus de 24 heures

Une fois par an dans la limite de 40 heures

Garde-animaux pendant une hospitalisation de plus de 24 heures

Une fois par an dans la limite de 250 €

Soutien scolaire suite à une immobilisation au domicile ou une hospitalisation

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

Document non contractuel

AXA France Vie - S.A. au capital de 487 725 073,50 € - RCS Nanterre 310 499 959- TVA intracommunautaire n° FR 62 310 499 959. AXA Assurances Vie Mutuelle - Société d'assurance mutuelle sur la vie et de capitalisation à cotisations fixes - Siren 353 457 245 - TVA intracommunautaire n° FR 48 353 457 245. AXA France IARD - S.A. au capital de 214 799 030 € - RCS Nanterre 722 057 460 - TVA intracommunautaire n° FR 14 722 057 460. AXA Assurances IARD Mutuelle - Société d'assurance mutuelle à cotisations fixes contre l'incendie, les accidents et risques divers - Siren 775 699 309 - TVA intracommunautaire n° FR 39 775 699 309. Sièges sociaux : 313, Terrasses de l'Arche 92727 Nanterre Cedex. Entreprises régies par le Code des assurances.

Sommaire

MA100ROD



# Ma Santé 100% Néo



## avec Module Confort

### Règles générales applicables aux garanties

Les mots ou expressions soulignés sont définis dans le lexique de vos Conditions générales ou de votre Notice d'information.

#### Bien comprendre votre tableau de garanties

Nous prenons en charge uniquement les frais qui ont préalablement donné lieu à un remboursement par votre régime obligatoire d'assurance maladie français sauf lorsque cela est explicitement mentionné dans le tableau de garanties.

Vos garanties sont exprimées en pourcentage de la base de remboursement de la Sécurité sociale, en forfait en Euro ou en une combinaison des deux.

- Les pourcentages intègrent les remboursements de votre régime obligatoire d'assurance maladie. Notre remboursement couvre la différence entre le taux remboursé par la Sécurité sociale et le taux affiché.
- Les forfaits exprimés en Euro s'entendent par assuré. Lorsqu'ils sont définis par an, il s'agit de l'année d'assurance. Ils viennent en complément des remboursements de votre régime obligatoire d'assurance maladie français sauf indication spécifique. Ces forfaits ne sont pas reportables d'une année sur l'autre.

Les garanties "100% santé" et les garanties à tarifs limités ou libres ne se cumulent pas.

Les garanties du tableau sont explicitées dans vos Conditions générales ou votre Notice d'information.

#### Bon à savoir

- Le total des remboursements que vous percevez ne peut en aucun cas dépasser les frais réels engagés.
- La participation forfaitaire ainsi que les franchises sur les médicaments, sur les actes effectués par un auxiliaire médical et sur les transports ne sont pas prises en charge.
- Si vous ne respectez pas le parcours de soins, nous ne prenons pas en charge l'ensemble des pénalités appliquées par la Sécurité sociale (majoration du ticket modérateur, augmentation autorisée des tarifs conventionnels).

Des exclusions et des limitations de garanties générales sont indiquées dans vos Conditions générales ou votre Notice d'information. Pour les soins à l'étranger, se reporter à la rubrique « Soins à l'étranger » dans vos Conditions générales ou votre Notice d'information.

#### HOSPITALISATION

##### Honoraires

Honoraires des médecins

100%

##### Frais de séjour

Ticket modérateur sur le prix de journée ou sur les actes peu coûteux, participation forfaitaire pour les actes coûteux

- En établissement conventionné

Frais réels

- En établissement non conventionné

100%

##### Forfait journalier hospitalier

Forfait journalier hospitalier

Frais réels

##### Chambre particulière et lit pour accompagnant

Chambre particulière

Non pris en charge

Lit pour accompagnant

Non pris en charge

##### Confort à l'hôpital

Télévision, connexion internet, téléphone (dans la limite de 30 jours par année d'assurance en moyen séjour)

Non pris en charge

##### Hospitalisation à domicile (HAD)

Hospitalisation à domicile (HAD)

100%

#### SOINS COURANTS

##### Honoraires médicaux

Consultations, visites et actes (radio, petite chirurgie) de médecins généralistes ou spécialistes

100%

##### Analyses et examens de laboratoire

Examens médicaux (biologie, analyse médicale)

100%

##### Honoraires paramédicaux

Auxiliaires médicaux (par exemple : infirmier et infirmière, sage-femme, kinésithérapeute, orthophoniste, orthoptiste)

100%

<b>Médicaments</b>		
Tout médicament remboursé par la Sécurité sociale		100%
Médicament prescrit et non remboursé par la Sécurité sociale		30 €/an
<b>Matériel médical</b>		
Prothèses, pansements, petits matériels et autres produits définis sur la Liste des Produits et Prestations remboursables de la Sécurité sociale (hors lunettes et aides auditives pour lesquelles se référer à leurs lignes spécifiques).		100%
<b>Médecine douce et prévention</b>		
Médecine douce (ostéopathe, chiropracteur, acupuncteur, pédicure-podologue) et psychothérapeute non remboursés par la Sécurité sociale		25 €/séance
- Nombre de séances remboursées toutes spécialités confondues	1 <sup>re</sup> , 2 <sup>e</sup> année 3 <sup>e</sup> année et +	3 séances /an 6 séances /an
Forfait prévention		
- Sevrage tabagique : Tous les médicaments et produits à base de nicotine prescrits par un médecin, dans un but de sevrage tabagique (avec Autorisation de Mise sur le Marché ou norme Afnor) même non remboursés par la Sécurité sociale		
- Vaccin antigrippe prescrit non remboursé par la Sécurité sociale		50 €/an
- Consultation diététicien non remboursée par la Sécurité sociale		
- Traitement DMLA par compléments en Oméga 3 prescrit par un médecin et non remboursé par la Sécurité sociale		
- Dépistage de l'ostéoporose prescrit par un médecin et non remboursé par la Sécurité sociale		
<b>TRANSPORT SANITAIRE</b>		
Transports prescrits pour l'hospitalisation ou la médecine de ville		100%
<b>OPTIQUE</b>		
<b>La prise en charge des lunettes est limitée à une paire tous les 2 ans pour les personnes de 16 ans et plus et à une paire tous les ans pour les enfants de moins de 16 ans</b> , sauf en cas d'évolution de la vue objectivée par une nouvelle prescription médicale ophtalmologique.		
Le montant remboursé pour un équipement (2 verres + une monture) est dans tous les cas limité aux plafonds définis par la réglementation des contrats responsables.		
Se reporter à vos Conditions générales ou à votre Notice d'information pour plus de précisions sur les conditions de renouvellement et sur la réglementation applicable.		
<b>Equipements "100% santé"</b>		
Lunettes "100% santé", verres et monture de classe A, telles que définies par la réglementation		Frais réels dans la limite des prix limites de vente définis par la réglementation
<b>Lunettes à tarifs libres</b>		
Verres et monture de classe B		
<sup>(1)</sup> Ce remboursement à hauteur de la base de remboursement de la Sécurité sociale est quasi-nul, cette base de remboursement étant de quelques centimes.		100% <sup>(1)</sup> (Remboursement quasi-nul)
<b>Lentilles</b>		
Lentilles		100%
<b>Chirurgie réfractive</b>		
Opération de la myopie, de l'hypermétropie, de l'astigmatisme et de la presbytie par laser, non remboursée par la Sécurité sociale		Non pris en charge
<b>DENTAIRE</b>		
<b>Soins</b>		
Consultations et soins dentaires (hors inlays-onlays d'obturation), chirurgie et parodontologie		100%
<b>Prothèses</b>		
Prothèses à tarifs limités, prothèses à tarifs libres, inlays-onlays d'obturation		
Les prothèses à tarifs limités et les prothèses à tarifs libres sont définies par la réglementation.		
Les prothèses à tarifs limités incluent certaines couronnes céramo-métalliques sur deuxièmes prémolaires et molaires ; les prothèses à tarifs libres incluent certaines couronnes céramo-céramiques (se reporter à vos Conditions générales ou à votre Notice d'information pour trouver plus d'exemples et les références précises à la réglementation).		100%
<b>Soins et prothèses "100% santé"</b>		
Les soins et prothèses "100% santé" sont définis par la réglementation.		
Ces prothèses incluent certaines couronnes céramo-métalliques sur incisives, canines et premières prémolaires, certaines couronnes métalliques sur les autres dents (se reporter à vos Conditions générales ou à votre Notice d'information pour trouver plus d'exemples et les références précises à la réglementation).		Frais réels dans la limite des honoraires limites de facturation définis par la réglementation
<b>Orthodontie</b>		
Orthodontie		
Le traitement par semestre et les soins de contention 1 <sup>re</sup> année étant déjà pris en charge à 100% de la base de remboursement par la Sécurité sociale, notre remboursement de l'orthodontie dans cette formule est limité au ticket modérateur sur les autres actes d'orthodontie.		100%

## AIDES AUDITIVES

**La prise en charge des aides auditives est limitée à un équipement par oreille tous les 4 ans.** Ce délai de renouvellement s'entend pour chaque oreille indépendamment.

Le remboursement d'une aide auditive ne peut pas excéder 1700 €. Conformément à la réglementation, ce plafond de 1700 € est calculé en y incluant le remboursement du régime obligatoire et le remboursement complémentaire éventuel des régimes locaux ou spéciaux (Alsace-Moselle, SNCF, etc.), .

### Equipements "100% santé"

Les aides auditives "100% santé" (classe I) sont définies par la réglementation (se reporter à vos Conditions générales ou à votre Notice d'information).

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

### Aides auditives à tarifs libres

Aides auditives à tarifs libres (classe II)

710 € /oreille

### Accessoires

Accessoires, entretien et piles pour appareil auditif

125%

## CURE THERMALE

Forfait de surveillance thermale ou pratiques médicales complémentaires par un médecin ayant adhéré à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (DPTAM)

220%

Forfait de surveillance thermale ou pratiques médicales complémentaires par un médecin n'ayant pas adhéré à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (DPTAM)

200%

Forfait thermal

200%

Frais d'hébergement et de transport, même si non remboursés par la Sécurité sociale, la cure étant remboursée par la Sécurité sociale

200 € /an

## ASSISTANCE

**La description ci-dessous est un résumé des garanties d'assistance.** Se référer à vos Conditions générales ou votre Notice d'information pour avoir la description complète des garanties, des limitations et des conditions d'utilisation.

Aide-ménagère suite à une hospitalisation de plus de 24 heures et par dérogation dans les cas prévus dans vos Conditions générales ou votre Notice d'information

Dans la limite de 40 heures par an

Garde-malade suite à une hospitalisation de plus de 24 heures

Une fois par an dans la limite de 40 heures

Garde-enfants pendant une hospitalisation de plus de 24 heures

Une fois par an dans la limite de 40 heures

Garde-animaux pendant une hospitalisation de plus de 24 heures

Une fois par an dans la limite de 250 €

Soutien scolaire suite à une immobilisation au domicile ou une hospitalisation

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

Document non contractuel

AXA France Vie - S.A. au capital de 487 725 073,50 € - RCS Nanterre 310 499 959- TVA intracommunautaire n° FR 62 310 499 959. AXA Assurances Vie Mutuelle - Société d'assurance mutuelle sur la vie et de capitalisation à cotisations fixes - Siren 353 457 245 - TVA intracommunautaire n° FR 48 353 457 245 . AXA France IARD - S.A. au capital de 214 799 030 € - RCS Nanterre 722 057 460 - TVA intracommunautaire n° FR 14 722 057 460. AXA Assurances IARD Mutuelle - Société d'assurance mutuelle à cotisations fixes contre l'incendie, les accidents et risques divers - Siren 775 699 309 - TVA intracommunautaire n° FR 39 775 699 309. Sièges sociaux : 313, Terrasses de l'Arche 92727 Nanterre Cedex. Entreprises régies par le Code des assurances.

Sommaire

MA100RCON



# Ma Santé 100% Néo



## avec Modules Hospi + Optique Dentaire

### Règles générales applicables aux garanties

Les mots ou expressions soulignés sont définis dans le lexique de vos Conditions générales ou de votre Notice d'information.

#### Bien comprendre votre tableau de garanties

Nous prenons en charge uniquement les frais qui ont préalablement donné lieu à un remboursement par votre régime obligatoire d'assurance maladie français sauf lorsque cela est explicitement mentionné dans le tableau de garanties.

Vos garanties sont exprimées en pourcentage de la base de remboursement de la Sécurité sociale, en forfait en Euro ou en une combinaison des deux.

■ Les pourcentages intègrent les remboursements de votre régime obligatoire d'assurance maladie. Notre remboursement couvre la différence entre le taux remboursé par la Sécurité sociale et le taux affiché.

■ Les forfaits exprimés en Euro s'entendent par assuré. Lorsqu'ils sont définis par an, il s'agit de l'année d'assurance. Ils viennent en complément des remboursements de votre régime obligatoire d'assurance maladie français sauf indication spécifique. Ces forfaits ne sont pas reportables d'une année sur l'autre.

Les garanties "100% santé" et les garanties à tarifs limités ou libres ne se cumulent pas.

Les garanties du tableau sont explicitées dans vos Conditions générales ou votre Notice d'information.

#### Bon à savoir

- Le total des remboursements que vous percevez ne peut en aucun cas dépasser les frais réels engagés.
- La participation forfaitaire ainsi que les franchises sur les médicaments, sur les actes effectués par un auxiliaire médical et sur les transports ne sont pas prises en charge.
- Si vous ne respectez pas le parcours de soins, nous ne prenons pas en charge l'ensemble des pénalités appliquées par la Sécurité sociale (majoration du ticket modérateur, augmentation autorisée des tarifs conventionnels).

Des exclusions et des limitations de garanties générales sont indiquées dans vos Conditions générales ou votre Notice d'information. Pour les soins à l'étranger, se reporter à la rubrique « Soins à l'étranger » dans vos Conditions générales ou votre Notice d'information.

### HOSPITALISATION

#### Honoraires

Honoraires des médecins (y compris chirurgiens) ayant adhéré à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (DPTAM)	1 <sup>re</sup> année	220% <sup>(1)</sup>
	2 <sup>e</sup> année et +	400% <sup>(1)</sup>
Honoraires des médecins (y compris chirurgiens) n'ayant pas adhéré à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (DPTAM)	1 <sup>re</sup> année	200% <sup>(1)</sup>
	2 <sup>e</sup> année et +	200% <sup>(1)</sup>

<sup>(1)</sup> Les 3 premiers mois d'assurance le taux de remboursement est limité à 100%, sauf en cas d'accident, dans ce cas le taux entier est appliqué, ou en cas de reprise de contrat à la concurrence, dans ce cas le taux de votre ancien contrat est appliqué sans pouvoir excéder les limites prévues au tableau ci-dessus. Cela s'applique à la souscription du contrat et lors de l'ajout d'un bénéficiaire à l'exception des nouveau-nés.

#### Frais de séjour

Ticket modérateur sur le prix de journée ou sur les actes peu coûteux, participation forfaitaire pour les actes coûteux

- En établissement conventionné
- En établissement non conventionné

Frais réels
100%

#### Forfait journalier hospitalier

Forfait journalier hospitalier

Frais réels
-------------

#### Chambre particulière et lit pour accompagnant

Chambre particulière non remboursée par la Sécurité sociale (dans la limite de 30 jours par année d'assurance en moyen séjour)

- avec nuitée
- sans nuitée (en ambulatoire)

40 € /jour
20 € /jour

Lit pour accompagnant non remboursé par la Sécurité sociale

15 € /jour
------------

#### Confort à l'hôpital

Télévision, connexion internet, téléphone (dans la limite de 30 jours par année d'assurance en moyen séjour)

3 € /jour
-----------

<b>Hospitalisation à domicile (HAD)</b>	
Hospitalisation à domicile (HAD)	100%
<b>SOINS COURANTS</b>	
<b>Honoraires médicaux</b>	
Consultations, visites et actes (radio, petite chirurgie) de médecins généralistes ou spécialistes	100%
<b>Analyses et examens de laboratoire</b>	
Examens médicaux (biologie, analyse médicale)	100%
<b>Honoraires paramédicaux</b>	
Auxiliaires médicaux (par exemple : infirmier et infirmière, sage-femme, kinésithérapeute, orthophoniste, orthoptiste)	100%
<b>Médicaments</b>	
Médicaments à service médical rendu majeur ou important (ex-vignette blanche)	100%
Médicaments à service médical rendu modéré (ex-vignette bleue)	100%
Médicaments à service médical rendu faible (ex-vignette orange)	Non pris en charge
<b>Matériel médical</b>	
Prothèses, pansements, petits matériels et autres produits définis sur la Liste des Produits et Prestations remboursables de la Sécurité sociale (hors lunettes et aides auditives pour lesquelles se référer à leurs lignes spécifiques).	100%
<b>Médecine douce et prévention</b>	
Médecine douce	Non pris en charge
Forfait prévention	
- Sevrage tabagique : Tous les médicaments et produits à base de nicotine prescrits par un médecin, dans un but de sevrage tabagique (avec Autorisation de Mise sur le Marché ou norme Afnor) même non remboursés par la Sécurité sociale	50 €/an
- Vaccin antigrippe prescrit même non remboursé par la Sécurité sociale	
- Consultation diététicien non remboursée par la Sécurité sociale	
<b>TRANSPORT SANITAIRE</b>	
Transports prescrits pour l'hospitalisation ou la médecine de ville	100%
<b>OPTIQUE</b>	
<b>La prise en charge des lunettes est limitée à une paire tous les 2 ans pour les personnes de 16 ans et plus et à une paire tous les ans pour les enfants de moins de 16 ans</b> , sauf en cas d'évolution de la vue objectivée par une nouvelle prescription médicale ophtalmologique.	
Le montant remboursé pour un équipement (2 verres + une monture) est dans tous les cas limité aux plafonds définis par la réglementation des contrats responsables.	
Les forfaits en Euro sur les lunettes (verres ou montures) intègrent le remboursement de la Sécurité sociale et l'éventuel remboursement complémentaire des régimes locaux ou spéciaux (Alsace-Moselle, SNCF, etc.)	
Se reporter à vos Conditions générales ou à votre Notice d'information pour plus de précisions sur les conditions de renouvellement et sur la réglementation applicable.	
<b>Equipements "100% santé"</b>	
Lunettes "100% santé", verres et monture de classe A, telles que définies par la réglementation	Frais réels dans la limite des prix limites de vente définis par la réglementation
<b>Lunettes à tarifs libres</b>	
Verres de classe B	
La Grille optique A vous permet un remboursement sans reste à charge dans le réseau Itelis sur une sélection de verres et de traitements. Elle définit un forfait de remboursement par verre en fonction de leur correction en dehors du réseau Itelis. La Grille optique A est décrite en annexe de ce document.	Grille optique A 
Monture de classe B	
	1 <sup>re</sup> , 2 <sup>e</sup> année
	50 € pour la monture
	3 <sup>e</sup> année
	75 € pour la monture
	4 <sup>e</sup> année et +
	100 € pour la monture
<b>Lentilles</b>	
Les lentilles prescrites sont prises en charge même si non remboursées par la Sécurité sociale. Le ticket modérateur des lentilles remboursées par la Sécurité sociale est pris en charge même si le forfait annuel est épuisé.	120 €/an
<b>Chirurgie réfractive</b>	
Opération de la myopie, de l'hypermétropie, de l'astigmatisme et de la presbytie par laser, non remboursée par la Sécurité sociale	170 €/œil

<b>DENTAIRE</b>		
<b>Soins</b>		
Consultations et soins dentaires (hors inlays-onlays d'obturation), chirurgie et parodontologie remboursée		125%
<b>Prothèses</b>		
Prothèses à tarifs limités, prothèses à tarifs libres, inlays-onlays d'obturation		
Les prothèses à tarifs limités et les prothèses à tarifs libres sont définies par la réglementation. Pour les prothèses à tarifs limités, notre garantie ne peut dépasser les honoraires limites de facturation réglementaires.	1 <sup>re</sup> , 2 <sup>e</sup> année	100% + 170€ /an
Les prothèses à tarifs limités incluent certaines couronnes céramo-métalliques sur deuxièmes prémolaires et molaires ; les prothèses à tarifs libres incluent certaines couronnes céramo-céramiques (se reporter à vos Conditions générales ou à votre Notice d'information pour trouver plus d'exemples et les références précises à la réglementation).	3 <sup>e</sup> année	100% +250 € /an
Le forfait en Euro est utilisable pour les implants et la parodontologie non remboursés par la Sécurité sociale.	4 <sup>e</sup> année et +	100% +300 € /an
<b>Soins et prothèses "100% santé"</b>		
Les soins et prothèses "100% santé" sont définis par la réglementation. Ces prothèses incluent certaines couronnes céramo-métalliques sur incisives, canines et premières prémolaires, certaines couronnes métalliques sur les autres dents (se reporter à vos Conditions générales ou à votre Notice d'information pour trouver plus d'exemples et les références précises à la réglementation).		Frais réels dans la limite des honoraires limites de facturation définis par la réglementation
<b>Orthodontie</b>		
Orthodontie (versé par semestre)	1 <sup>re</sup> , 2 <sup>e</sup> année	100 €/sem. (soit 200 € /an)
	3 <sup>e</sup> année	150 €/sem. (soit 300 € /an)
	4 <sup>e</sup> année et +	200 €/sem. (soit 400 € /an)
<b>AIDES AUDITIVES</b>		
<b>La prise en charge des aides auditives est limitée à un équipement par oreille tous les 4 ans.</b> Ce délai de renouvellement s'entend pour chaque oreille indépendamment.		
Le remboursement d'une aide auditive ne peut pas excéder 1 700 €. Conformément à la réglementation, ce plafond de 1 700 € est calculé en y incluant le remboursement du régime obligatoire et le remboursement complémentaire éventuel des régimes locaux ou spéciaux (Alsace-Moselle, SNCF, etc.), .		
<b>Equipements "100% santé"</b>		
Les aides auditives "100% santé" (classe I) sont définies par la réglementation (se reporter à vos Conditions générales ou à votre Notice d'information).		Frais réels dans la limite des prix limites de vente définis par la réglementation
<b>Aides auditives à tarifs libres</b>		
Aides auditives à tarifs libres (classe II)		100%
<b>Accessoires</b>		
Accessoires, entretien et piles pour appareil auditif		100%
<b>CURE THERMALE</b>		
Cure thermale		Non pris en charge
<b>ASSISTANCE</b>		
<b>La description ci-dessous est un résumé des garanties d'assistance.</b> Se référer à vos Conditions générales ou votre Notice d'information pour avoir la description complète des garanties, des limitations et des conditions d'utilisation.		
Aide-ménagère suite à une hospitalisation de plus de 24 heures et par dérogation dans les cas prévus dans vos Conditions générales ou votre Notice d'information		Dans la limite de 40 heures par an
Garde-malade suite à une hospitalisation de plus de 24 heures		Une fois par an dans la limite de 40 heures
Garde-enfants pendant une hospitalisation de plus de 24 heures		Une fois par an dans la limite de 40 heures
Garde-animaux pendant une hospitalisation de plus de 24 heures		Une fois par an dans la limite de 250 €
Soutien scolaire suite à une immobilisation au domicile ou une hospitalisation		12 semaines par an dans la limite de 15 heures par semaine

Document non contractuel

AXA France Vie - S.A. au capital de 487 725 073,50 € - RCS Nanterre 310 499 959- TVA intracommunautaire n° FR 62 310 499 959. AXA Assurances Vie Mutuelle - Société d'assurance mutuelle sur la vie et de capitalisation à cotisations fixes - Siren 353 457 245 - TVA intracommunautaire n° FR 48 353 457 245 . AXA France IARD - S.A. au capital de 214 799 030 € - RCS Nanterre 722 057 460 - TVA intracommunautaire n° FR 14 722 057 460. AXA Assurances IARD Mutuelle - Société d'assurance mutuelle à cotisations fixes contre l'incendie, les accidents et risques divers - Siren 775 699 309 - TVA intracommunautaire n° FR 39 775 699 309. Sièges sociaux : 313, Terrasses de l'Arche 92727 Nanterre Cedex. **Entreprises régies par le Code des assurances.**

Sommaire

MA100RHOSOD



# Ma Santé 100% Néo



## avec Modules Hospi + Confort

### Règles générales applicables aux garanties

Les mots ou expressions soulignés sont définis dans le lexique de vos Conditions générales ou de votre Notice d'information.

#### Bien comprendre votre tableau de garanties

Nous prenons en charge uniquement les frais qui ont préalablement donné lieu à un remboursement par votre régime obligatoire d'assurance maladie français sauf lorsque cela est explicitement mentionné dans le tableau de garanties.

Vos garanties sont exprimées en pourcentage de la base de remboursement de la Sécurité sociale, en forfait en Euro ou en une combinaison des deux.

- Les pourcentages intègrent les remboursements de votre régime obligatoire d'assurance maladie. Notre remboursement couvre la différence entre le taux remboursé par la Sécurité sociale et le taux affiché.
- Les forfaits exprimés en Euro s'entendent par assuré. Lorsqu'ils sont définis par an, il s'agit de l'année d'assurance. Ils viennent en complément des remboursements de votre régime obligatoire d'assurance maladie français sauf indication spécifique. Ces forfaits ne sont pas reportables d'une année sur l'autre.

Les garanties "100% santé" et les garanties à tarifs limités ou libres ne se cumulent pas.

Les garanties du tableau sont explicitées dans vos Conditions générales ou votre Notice d'information.

#### Bon à savoir

- Le total des remboursements que vous percevez ne peut en aucun cas dépasser les frais réels engagés.
- La participation forfaitaire ainsi que les franchises sur les médicaments, sur les actes effectués par un auxiliaire médical et sur les transports ne sont pas prises en charge.
- Si vous ne respectez pas le parcours de soins, nous ne prenons pas en charge l'ensemble des pénalités appliquées par la Sécurité sociale (majoration du ticket modérateur, augmentation autorisée des tarifs conventionnels).

Des exclusions et des limitations de garanties générales sont indiquées dans vos Conditions générales ou votre Notice d'information. Pour les soins à l'étranger, se reporter à la rubrique « Soins à l'étranger » dans vos Conditions générales ou votre Notice d'information.

#### HOSPITALISATION

##### Honoraires

Honoraires des médecins (y compris chirurgiens) ayant adhéré à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (DPTAM)	1 <sup>re</sup> année	220% <sup>(1)</sup>
	2 <sup>e</sup> année et +	400% <sup>(1)</sup>
Honoraires des médecins (y compris chirurgiens) n'ayant pas adhéré à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (DPTAM)	1 <sup>re</sup> année	200% <sup>(1)</sup>
	2 <sup>e</sup> année et +	200% <sup>(1)</sup>

<sup>(1)</sup> Les 3 premiers mois d'assurance le taux de remboursement est limité à 100%, sauf en cas d'accident, dans ce cas le taux entier est appliqué, ou en cas de reprise de contrat à la concurrence, dans ce cas le taux de votre ancien contrat est appliqué sans pouvoir excéder les limites prévues au tableau ci-dessus. Cela s'applique à la souscription du contrat et lors de l'ajout d'un bénéficiaire à l'exception des nouveau-nés.

##### Frais de séjour

Ticket modérateur sur le prix de journée ou sur les actes peu coûteux, participation forfaitaire pour les actes coûteux

- En établissement conventionné
- En établissement non conventionné

Frais réels

100%

##### Forfait journalier hospitalier

Forfait journalier hospitalier

Frais réels

##### Chambre particulière et lit pour accompagnant

Chambre particulière non remboursée par la Sécurité sociale (dans la limite de 30 jours par année d'assurance en moyen séjour)

- avec nuitée
- sans nuitée (en ambulatoire)

40 € /jour

20 € /jour

Lit pour accompagnant non remboursé par la Sécurité sociale

15 € /jour

##### Confort à l'hôpital

Télévision, connexion internet, téléphone (dans la limite de 30 jours par année d'assurance en moyen séjour)

3 € /jour

<b>Hospitalisation à domicile (HAD)</b>		
Hospitalisation à domicile (HAD)		100%
<b>SOINS COURANTS</b>		
<b>Honoraires médicaux</b>		
Consultations, visites et actes (radio, petite chirurgie) de médecins généralistes ou spécialistes		100%
<b>Analyses et examens de laboratoire</b>		
Examens médicaux (biologie, analyse médicale)		100%
<b>Honoraires paramédicaux</b>		
Auxiliaires médicaux (par exemple : infirmier et infirmière, sage-femme, kinésithérapeute, orthophoniste, orthoptiste)		100%
<b>Médicaments</b>		
Tout médicament remboursé par la Sécurité sociale		100%
Médicament prescrit et non remboursé par la Sécurité sociale		30 € /an
<b>Matériel médical</b>		
Prothèses, pansements, petits matériels et autres produits définis sur la Liste des Produits et Prestations remboursables de la Sécurité sociale (hors lunettes et aides auditives pour lesquelles se référer à leurs lignes spécifiques).		100%
<b>Médecine douce et prévention</b>		
Médecine douce (ostéopathe, chiropracteur, acupuncteur, pédicure-podologue) et psychothérapeute non remboursés par la Sécurité sociale		25 € /séance
- Nombre de séances remboursées toutes spécialités confondues	1 <sup>re</sup> , 2 <sup>e</sup> année 3 <sup>e</sup> année et +	3 séances /an 6 séances /an
<b>Forfait prévention</b>		
- Sevrage tabagique : Tous les médicaments et produits à base de nicotine prescrits par un médecin, dans un but de sevrage tabagique (avec Autorisation de Mise sur le Marché ou norme Afnor) même non remboursés par la Sécurité sociale		50 € /an
- Vaccin antigrippe prescrit non remboursé par la Sécurité sociale		
- Consultation diététicien non remboursée par la Sécurité sociale		
- Traitement DMLA par compléments en Oméga 3 prescrit par un médecin et non remboursé par la Sécurité sociale		
- Dépistage de l'ostéoporose prescrit par un médecin et non remboursé par la Sécurité sociale		
<b>TRANSPORT SANITAIRE</b>		
Transports prescrits pour l'hospitalisation ou la médecine de ville		100%
<b>OPTIQUE</b>		
<b>La prise en charge des lunettes est limitée à une paire tous les 2 ans pour les personnes de 16 ans et plus et à une paire tous les ans pour les enfants de moins de 16 ans</b> , sauf en cas d'évolution de la vue objectivée par une nouvelle prescription médicale ophtalmologique.		
Le montant remboursé pour un équipement (2 verres + une monture) est dans tous les cas limité aux plafonds définis par la réglementation des contrats responsables.		
Se reporter à vos Conditions générales ou à votre Notice d'information pour plus de précisions sur les conditions de renouvellement et sur la réglementation applicable.		
<b>Equipements "100% santé"</b>		
Lunettes "100% santé", verres et monture de classe A, telles que définies par la réglementation		Frais réels dans la limite des prix limites de vente définis par la réglementation
<b>Lunettes à tarifs libres</b>		
Verres et monture de classe B		100% <sup>(2)</sup>
<sup>(2)</sup> Ce remboursement à hauteur de la base de remboursement de la Sécurité sociale est quasi-nul, cette base de remboursement étant de quelques centimes.		(Remboursement quasi-nul)
<b>Lentilles</b>		
Lentilles		100%
<b>Chirurgie réfractive</b>		
Opération de la myopie, de l'hypermétropie, de l'astigmatisme et de la presbytie par laser, non remboursée par la Sécurité sociale		Non pris en charge
<b>DENTAIRE</b>		
<b>Soins</b>		
Consultations et soins dentaires (hors inlays-onlays d'obturation), chirurgie et parodontologie		100%
<b>Prothèses</b>		
Prothèses à tarifs limités, prothèses à tarifs libres, inlays-onlays d'obturation		100%
Les prothèses à tarifs limités et les prothèses à tarifs libres sont définies par la réglementation.		
Les prothèses à tarifs limités incluent certaines couronnes céramo-métalliques sur deuxièmes prémolaires et molaires ; les prothèses à tarifs libres incluent certaines couronnes céramo-céramiques (se reporter à vos Conditions générales ou à votre Notice d'information pour trouver plus d'exemples et les références précises à la réglementation).		

## Soins et prothèses "100% santé"

Les soins et prothèses "100% santé" sont définis par la réglementation.

Ces prothèses incluent certaines couronnes céramo-métalliques sur incisives, canines et premières prémolaires, certaines couronnes métalliques sur les autres dents (se reporter à vos Conditions générales ou à votre Notice d'information pour trouver plus d'exemples et les références précises à la réglementation).

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

## Orthodontie

Orthodontie

Le traitement par semestre et les soins de contention 1ère année étant déjà pris en charge à 100% de la base de remboursement par la Sécurité sociale, notre remboursement de l'orthodontie dans cette formule est limité au ticket modérateur sur les autres actes d'orthodontie.

100%

## AIDES AUDITIVES

**La prise en charge des aides auditives est limitée à un équipement par oreille tous les 4 ans.** Ce délai de renouvellement s'entend pour chaque oreille indépendamment.

Le remboursement d'une aide auditive ne peut pas excéder 1700 €. Conformément à la réglementation, ce plafond de 1700 € est calculé en y incluant le remboursement du régime obligatoire et le remboursement complémentaire éventuel des régimes locaux ou spéciaux (Alsace-Moselle, SNCF, etc.), .

## Equipements "100% santé"

Les aides auditives "100% santé" (classe I) sont définies par la réglementation (se reporter à vos Conditions générales ou à votre Notice d'information).

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

## Aides auditives à tarifs libres

Aides auditives à tarifs libres (classe II)

710 € /oreille

## Accessoires

Accessoires, entretien et piles pour appareil auditif

125%

## CURE THERMALE

Forfait de surveillance thermale ou pratiques médicales complémentaires par un médecin ayant adhéré à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (DPTAM)

220%

Forfait de surveillance thermale ou pratiques médicales complémentaires par un médecin n'ayant pas adhéré à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (DPTAM)

200%

Forfait thermal

200%

Frais d'hébergement et de transport, même si non remboursés par la Sécurité sociale, la cure étant remboursée par la Sécurité sociale

200 € /an

## ASSISTANCE

**La description ci-dessous est un résumé des garanties d'assistance.** Se référer à vos Conditions générales ou votre Notice d'information pour avoir la description complète des garanties, des limitations et des conditions d'utilisation.

Aide-ménagère suite à une hospitalisation de plus de 24 heures et par dérogation dans les cas prévus dans vos Conditions générales ou votre Notice d'information

Dans la limite de 40 heures par an

Garde-malade suite à une hospitalisation de plus de 24 heures

Une fois par an dans la limite de 40 heures

Garde-enfants pendant une hospitalisation de plus de 24 heures

Une fois par an dans la limite de 40 heures

Garde-animaux pendant une hospitalisation de plus de 24 heures

Une fois par an dans la limite de 250 €

Soutien scolaire suite à une immobilisation au domicile ou une hospitalisation

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

Document non contractuel

AXA France Vie - S.A. au capital de 487 725 073,50 € - RCS Nanterre 310 499 959- TVA intracommunautaire n° FR 62 310 499 959. AXA Assurances Vie Mutuelle - Société d'assurance mutuelle sur la vie et de capitalisation à cotisations fixes - Siren 353 457 245 - TVA intracommunautaire n° FR 48 353 457 245 . AXA France IARD - S.A. au capital de 214 799 030 € - RCS Nanterre 722 057 460 - TVA intracommunautaire n° FR 14 722 057 460. AXA Assurances IARD Mutuelle - Société d'assurance mutuelle à cotisations fixes contre l'incendie, les accidents et risques divers - Siren 775 699 309 - TVA intracommunautaire n° FR 39 775 699 309. Sièges sociaux : 313, Terrasses de l'Arche 92727 Nanterre Cedex. Entreprises régies par le Code des assurances.

Sommaire

MA100RHOSCON



# Ma Santé 100% Néo



## avec Modules Optique Dentaire + Confort

### Règles générales applicables aux garanties

Les mots ou expressions soulignés sont définis dans le lexique de vos Conditions générales ou de votre Notice d'information.

#### Bien comprendre votre tableau de garanties

Nous prenons en charge uniquement les frais qui ont préalablement donné lieu à un remboursement par votre régime obligatoire d'assurance maladie français sauf lorsque cela est explicitement mentionné dans le tableau de garanties.

Vos garanties sont exprimées en pourcentage de la base de remboursement de la Sécurité sociale, en forfait en Euro ou en une combinaison des deux.

■ Les pourcentages intègrent les remboursements de votre régime obligatoire d'assurance maladie. Notre remboursement couvre la différence entre le taux remboursé par la Sécurité sociale et le taux affiché.

■ Les forfaits exprimés en Euro s'entendent par assuré. Lorsqu'ils sont définis par an, il s'agit de l'année d'assurance. Ils viennent en complément des remboursements de votre régime obligatoire d'assurance maladie français sauf indication spécifique. Ces forfaits ne sont pas reportables d'une année sur l'autre.

Les garanties "100% santé" et les garanties à tarifs limités ou libres ne se cumulent pas.

Les garanties du tableau sont explicitées dans vos Conditions générales ou votre Notice d'information.

#### Bon à savoir

- Le total des remboursements que vous percevez ne peut en aucun cas dépasser les frais réels engagés.
- La participation forfaitaire ainsi que les franchises sur les médicaments, sur les actes effectués par un auxiliaire médical et sur les transports ne sont pas prises en charge.
- Si vous ne respectez pas le parcours de soins, nous ne prenons pas en charge l'ensemble des pénalités appliquées par la Sécurité sociale (majoration du ticket modérateur, augmentation autorisée des tarifs conventionnels).

Des exclusions et des limitations de garanties générales sont indiquées dans vos Conditions générales ou votre Notice d'information. Pour les soins à l'étranger, se reporter à la rubrique « Soins à l'étranger » dans vos Conditions générales ou votre Notice d'information.

HOSPITALISATION	
<b>Honoraires</b>	
Honoraires des médecins	100%
<b>Frais de séjour</b>	
Ticket modérateur sur le prix de journée ou sur les actes peu coûteux, participation forfaitaire pour les actes coûteux	
- En établissement conventionné	Frais réels
- En établissement non conventionné	100%
<b>Forfait journalier hospitalier</b>	
Forfait journalier hospitalier	Frais réels
<b>Chambre particulière et lit pour accompagnant</b>	
Chambre particulière	Non pris en charge
Lit pour accompagnant	Non pris en charge
<b>Confort à l'hôpital</b>	
Télévision, connexion internet, téléphone (dans la limite de 30 jours par année d'assurance en moyen séjour)	
<b>Hospitalisation à domicile (HAD)</b>	
Hospitalisation à domicile (HAD)	100%
SOINS COURANTS	
<b>Honoraires médicaux</b>	
Consultations, visites et actes (radio, petite chirurgie) de médecins généralistes ou spécialistes	
	100%
<b>Analyses et examens de laboratoire</b>	
Examens médicaux (biologie, analyse médicale)	
	100%
<b>Honoraires paramédicaux</b>	
Auxiliaires médicaux (par exemple : infirmier et infirmière, sage-femme, kinésithérapeute, orthophoniste, orthoptiste)	
	100%

<b>Médicaments</b>		
Tout médicament remboursé par la Sécurité sociale		100%
Médicament prescrit et non remboursé par la Sécurité sociale		30 €/an
<b>Matériel médical</b>		
Prothèses, pansements, petits matériels et autres produits définis sur la Liste des Produits et Prestations remboursables de la Sécurité sociale (hors lunettes et aides auditives pour lesquelles se référer à leurs lignes spécifiques).		100%
<b>Médecine douce et prévention</b>		
Médecine douce (ostéopathe, chiropracteur, acupuncteur, pédicure-podologue) et psychothérapeute non remboursés par la Sécurité sociale		25€/séance
- Nombre de séances remboursées toutes spécialités confondues	1 <sup>re</sup> , 2 <sup>e</sup> année	3 séances /an
	3 <sup>e</sup> année et +	6 séances /an
Forfait prévention		
- Sevrage tabagique : Tous les médicaments et produits à base de nicotine prescrits par un médecin, dans un but de sevrage tabagique (avec Autorisation de Mise sur le Marché ou norme Afnor) même non remboursés par la Sécurité sociale		
- Vaccin antigrippe prescrit non remboursé par la Sécurité sociale		50 €/an
- Consultation diététicien non remboursée par la Sécurité sociale		
- Traitement DMLA par compléments en Oméga 3 prescrit par un médecin et non remboursé par la Sécurité sociale		
- Dépistage de l'ostéoporose prescrit par un médecin et non remboursé par la Sécurité sociale		
<b>TRANSPORT SANITAIRE</b>		
Transports prescrits pour l'hospitalisation ou la médecine de ville		100%
<b>OPTIQUE</b>		
<b>La prise en charge des lunettes est limitée à une paire tous les 2 ans pour les personnes de 16 ans et plus et à une paire tous les ans pour les enfants de moins de 16 ans</b> , sauf en cas d'évolution de la vue objectivée par une nouvelle prescription médicale ophtalmologique.		
Le montant remboursé pour un équipement (2 verres + une monture) est dans tous les cas limité aux plafonds définis par la réglementation des contrats responsables.		
Les forfaits en Euro sur les lunettes (verres ou montures) intègrent le remboursement de la Sécurité sociale et l'éventuel remboursement complémentaire des régimes locaux ou spéciaux (Alsace-Moselle, SNCF, etc.)		
Se reporter à vos Conditions générales ou à votre Notice d'information pour plus de précisions sur les conditions de renouvellement et sur la réglementation applicable.		
<b>Equipements "100% santé"</b>		
Lunettes "100% santé", verres et monture de classe A, telles que définies par la réglementation		Frais réels dans la limite des prix limites de vente définis par la réglementation
<b>Lunettes à tarifs libres</b>		
Verres de classe B		
La Grille optique A vous permet un remboursement sans reste à charge dans le réseau Itelis sur une sélection de verres et de traitements. Elle définit un forfait de remboursement par verre en fonction de leur correction en dehors du réseau Itelis. La Grille optique A est décrite en annexe de ce document.		Grille optique A 
Monture de classe B		
	1 <sup>re</sup> , 2 <sup>e</sup> année	50 € pour la monture
	3 <sup>e</sup> année	75 € pour la monture
	4 <sup>e</sup> année et +	100 € pour la monture
<b>Lentilles</b>		
Les lentilles prescrites sont prises en charge même si non remboursées par la Sécurité sociale. Le ticket modérateur des lentilles remboursées par la Sécurité sociale est pris en charge même si le forfait annuel est épuisé.		120 €/an
<b>Chirurgie réfractive</b>		
Opération de la myopie, de l'hypermétropie, de l'astigmatisme et de la presbytie par laser, non remboursée par la Sécurité sociale		170 €/œil
<b>DENTAIRE</b>		
<b>Soins</b>		
Consultations et soins dentaires (hors inlays-onlays d'obturation), chirurgie et parodontologie remboursée		125%
<b>Prothèses</b>		
Prothèses à tarifs limités, prothèses à tarifs libres, inlays-onlays d'obturation		
Les prothèses à tarifs limités et les prothèses à tarifs libres sont définies par la réglementation. Pour les prothèses à tarifs limités, notre garantie ne peut dépasser les honoraires limites de facturation réglementaires.	1 <sup>re</sup> , 2 <sup>e</sup> année	100% + 170€/an
Les prothèses à tarifs limités incluent certaines couronnes céramo-métalliques sur deuxièmes prémolaires et molaires ; les prothèses à tarifs libres incluent certaines couronnes céramo-céramiques (se reporter à vos Conditions générales ou à votre Notice d'information pour trouver plus d'exemples et les références précises à la réglementation).	3 <sup>e</sup> année	100% +250 €/an
	4 <sup>e</sup> année et +	100% +300 €/an
Le forfait en Euro est utilisable pour les implants et la parodontologie non remboursés par la Sécurité sociale.		

## Soins et prothèses "100% santé"

Les soins et prothèses "100% santé" sont définis par la réglementation.

Ces prothèses incluent certaines couronnes céramo-métalliques sur incisives, canines et premières prémolaires, certaines couronnes métalliques sur les autres dents (se reporter à vos Conditions générales ou à votre Notice d'information pour trouver plus d'exemples et les références précises à la réglementation).

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

## Orthodontie

Orthodontie (versé par semestre)

1 <sup>re</sup> , 2 <sup>e</sup> année	100 €/sem. (soit 200 €/an)
3 <sup>e</sup> année	150 €/sem. (soit 300 €/an)
4 <sup>e</sup> année et +	200 €/sem. (soit 400 €/an)

## AIDES AUDITIVES

**La prise en charge des aides auditives est limitée à un équipement par oreille tous les 4 ans.** Ce délai de renouvellement s'entend pour chaque oreille indépendamment.

Le remboursement d'une aide auditive ne peut pas excéder 1700 €. Conformément à la réglementation, ce plafond de 1700 € est calculé en y incluant le remboursement du régime obligatoire et le remboursement complémentaire éventuel des régimes locaux ou spéciaux (Alsace-Moselle, SNCF, etc.).

## Equipements "100% santé"

Les aides auditives "100% santé" (classe I) sont définies par la réglementation (se reporter à vos Conditions générales ou à votre Notice d'information).

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

## Aides auditives à tarifs libres

Aides auditives à tarifs libres (classe II)

710 €/oreille

## Accessoires

Accessoires, entretien et piles pour appareil auditif

125%

## CURE THERMALE

Forfait de surveillance thermale ou pratiques médicales complémentaires par un médecin ayant adhéré à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (DPTAM)

220%

Forfait de surveillance thermale ou pratiques médicales complémentaires par un médecin n'ayant pas adhéré à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (DPTAM)

200%

Forfait thermal

200%

Frais d'hébergement et de transport, même si non remboursés par la Sécurité sociale, la cure étant remboursée par la Sécurité sociale

200 €/an

## ASSISTANCE

**La description ci-dessous est un résumé des garanties d'assistance.** Se référer à vos Conditions générales ou votre Notice d'information pour avoir la description complète des garanties, des limitations et des conditions d'utilisation.

Aide-ménagère suite à une hospitalisation de plus de 24 heures et par dérogation dans les cas prévus dans vos Conditions générales ou votre Notice d'information

Dans la limite de 40 heures par an

Garde-malade suite à une hospitalisation de plus de 24 heures

Une fois par an dans la limite de 40 heures

Garde-enfants pendant une hospitalisation de plus de 24 heures

Une fois par an dans la limite de 40 heures

Garde-animaux pendant une hospitalisation de plus de 24 heures

Une fois par an dans la limite de 250 €

Soutien scolaire suite à une immobilisation au domicile ou une hospitalisation

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

Document non contractuel

AXA France Vie - S.A. au capital de 487 725 073,50 € - RCS Nanterre 310 499 959- TVA intracommunautaire n° FR 62 310 499 959. AXA Assurances Vie Mutuelle - Société d'assurance mutuelle sur la vie et de capitalisation à cotisations fixes - Siren 353 457 245 - TVA intracommunautaire n° FR 48 353 457 245. AXA France IARD - S.A. au capital de 214 799 030 € - RCS Nanterre 722 057 460 - TVA intracommunautaire n° FR 14 722 057 460. AXA Assurances IARD Mutuelle - Société d'assurance mutuelle à cotisations fixes contre l'incendie, les accidents et risques divers - Siren 775 699 309 - TVA intracommunautaire n° FR 39 775 699 309. Sièges sociaux : 313, Terrasses de l'Arche 92727 Nanterre Cedex. **Entreprises régies par le Code des assurances.**

Sommaire

MA100RODCON



# Ma Santé 100% Néo



## avec Modules Hospi + Optique Dentaire + Confort

### Règles générales applicables aux garanties

Les mots ou expressions soulignés sont définis dans le lexique de vos Conditions générales ou de votre Notice d'information.

#### Bien comprendre votre tableau de garanties

Nous prenons en charge uniquement les frais qui ont préalablement donné lieu à un remboursement par votre régime obligatoire d'assurance maladie français sauf lorsque cela est explicitement mentionné dans le tableau de garanties.

Vos garanties sont exprimées en pourcentage de la base de remboursement de la Sécurité sociale, en forfait en Euro ou en une combinaison des deux.

- Les pourcentages intègrent les remboursements de votre régime obligatoire d'assurance maladie. Notre remboursement couvre la différence entre le taux remboursé par la Sécurité sociale et le taux affiché.
- Les forfaits exprimés en Euro s'entendent par assuré. Lorsqu'ils sont définis par an, il s'agit de l'année d'assurance. Ils viennent en complément des remboursements de votre régime obligatoire d'assurance maladie français sauf indication spécifique. Ces forfaits ne sont pas reportables d'une année sur l'autre.

Les garanties "100% santé" et les garanties à tarifs limités ou libres ne se cumulent pas.

Les garanties du tableau sont explicitées dans vos Conditions générales ou votre Notice d'information.

#### Bon à savoir

- Le total des remboursements que vous percevez ne peut en aucun cas dépasser les frais réels engagés.
- La participation forfaitaire ainsi que les franchises sur les médicaments, sur les actes effectués par un auxiliaire médical et sur les transports ne sont pas prises en charge.
- Si vous ne respectez pas le parcours de soins, nous ne prenons pas en charge l'ensemble des pénalités appliquées par la Sécurité sociale (majoration du ticket modérateur, augmentation autorisée des tarifs conventionnels).

Des exclusions et des limitations de garanties générales sont indiquées dans vos Conditions générales ou votre Notice d'information. Pour les soins à l'étranger, se reporter à la rubrique « Soins à l'étranger » dans vos Conditions générales ou votre Notice d'information.

HOSPITALISATION		
<b>Honoraires</b>		
Honoraires des médecins (y compris chirurgiens) ayant adhéré à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (DPTAM)	1 <sup>re</sup> année	220% <sup>(1)</sup>
	2 <sup>e</sup> année et +	400% <sup>(1)</sup>
Honoraires des médecins (y compris chirurgiens) n'ayant pas adhéré à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (DPTAM)	1 <sup>re</sup> année	200% <sup>(1)</sup>
	2 <sup>e</sup> année et +	200% <sup>(1)</sup>
<sup>(1)</sup> Les 3 premiers mois d'assurance le taux de remboursement est limité à 100%, sauf en cas d'accident, dans ce cas le taux entier est appliqué, ou en cas de reprise de contrat à la concurrence, dans ce cas le taux de votre ancien contrat est appliqué sans pouvoir excéder les limites prévues au tableau ci-dessus. Cela s'applique à la souscription du contrat et lors de l'ajout d'un bénéficiaire à l'exception des nouveau-nés.		
<b>Frais de séjour</b>		
Ticket modérateur sur le prix de journée ou sur les actes peu coûteux, participation forfaitaire pour les actes coûteux		
- En établissement conventionné		Frais réels
- En établissement non conventionné		100%
<b>Forfait journalier hospitalier</b>		
Forfait journalier hospitalier		
Frais réels		
<b>Chambre particulière et lit pour accompagnant</b>		
Chambre particulière non remboursée par la Sécurité sociale (dans la limite de 30 jours par année d'assurance en moyen séjour)		
- avec nuitée		40 € /jour
- sans nuitée (en ambulatoire)		20 € /jour
Lit pour accompagnant non remboursé par la Sécurité sociale		
15 € /jour		
<b>Confort à l'hôpital</b>		
Télévision, connexion internet, téléphone (dans la limite de 30 jours par année d'assurance en moyen séjour)		
3 € /jour		
<b>Hospitalisation à domicile (HAD)</b>		
Hospitalisation à domicile (HAD)		
100%		

## SOINS COURANTS

### Honoraires médicaux

Consultations, visites et actes (radio, petite chirurgie) de médecins généralistes ou spécialistes 100%

### Analyses et examens de laboratoire

Examens médicaux (biologie, analyse médicale) 100%

### Honoraires paramédicaux

Auxiliaires médicaux (par exemple : infirmier et infirmière, sage-femme, kinésithérapeute, orthophoniste, orthoptiste) 100%

### Médicaments

Tout médicament remboursé par la Sécurité sociale 100%

Médicament prescrit et non remboursé par la Sécurité sociale 30 €/an

### Matériel médical

Prothèses, pansements, petits matériels et autres produits définis sur la Liste des Produits et Prestations remboursables de la Sécurité sociale (hors lunettes et aides auditives pour lesquelles se référer à leurs lignes spécifiques). 100%

### Médecine douce et prévention

Médecine douce (ostéopathe, chiropracteur, acupuncteur, pédicure-podologue) et psychothérapeute non remboursés par la Sécurité sociale 25€ /séance

- Nombre de séances remboursées toutes spécialités confondues

1 <sup>re</sup> , 2 <sup>e</sup> année	3 séances /an
3 <sup>e</sup> année et +	6 séances /an

#### Forfait prévention

- Sevrage tabagique : Tous les médicaments et produits à base de nicotine prescrits par un médecin, dans un but de sevrage tabagique (avec Autorisation de Mise sur le Marché ou norme Afnor) même non remboursés par la Sécurité sociale

- Vaccin antigrippe prescrit non remboursé par la Sécurité sociale

- Consultation diététicien non remboursée par la Sécurité sociale

- Traitement DMLA par compléments en Oméga 3 prescrit par un médecin et non remboursé par la Sécurité sociale

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

50 €/an

## TRANSPORT SANITAIRE

Transports prescrits pour l'hospitalisation ou la médecine de ville 100%

## OPTIQUE

**La prise en charge des lunettes est limitée à une paire tous les 2 ans pour les personnes de 16 ans et plus et à une paire tous les ans pour les enfants de moins de 16 ans**, sauf en cas d'évolution de la vue objectivée par une nouvelle prescription médicale ophtalmologique.

Le montant remboursé pour un équipement (2 verres + une monture) est dans tous les cas limité aux plafonds définis par la réglementation des contrats responsables.

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

Se reporter à vos Conditions générales ou à votre Notice d'information pour plus de précisions sur les conditions de renouvellement et sur la réglementation applicable.

### Equipements "100% santé"

Lunettes "100% santé", verres et monture de classe A, telles que définies par la réglementation

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

### Lunettes à tarifs libres

Verres de classe B

La Grille optique A vous permet un remboursement sans reste à charge dans le réseau Itelis sur une sélection de verres et de traitements. Elle définit un forfait de remboursement par verre en fonction de leur correction en dehors du réseau Itelis.

La Grille optique A est décrite en annexe de ce document.

Grille optique A 

Monture de classe B

1<sup>re</sup>, 2<sup>e</sup> année

50 € pour la monture

3<sup>e</sup> année

75 € pour la monture

4<sup>e</sup> année et +

100 € pour la monture

### Lentilles

Les lentilles prescrites sont prises en charge même si non remboursées par la Sécurité sociale. Le ticket modérateur des lentilles remboursées par la Sécurité sociale est pris en charge même si le forfait annuel est épuisé.

120 €/an

### Chirurgie réfractive

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

170 €/œil

<b>DENTAIRE</b>		
<b>Soins</b>		
Consultations et soins dentaires (hors inlays-onlays d'obturation), chirurgie et parodontologie remboursée		125%
<b>Prothèses</b>		
Prothèses à tarifs limités, prothèses à tarifs libres, inlays-onlays d'obturation		
Les prothèses à tarifs limités et les prothèses à tarifs libres sont définies par la réglementation. Pour les prothèses à tarifs limités, notre garantie ne peut dépasser les honoraires limites de facturation réglementaires.	1 <sup>re</sup> , 2 <sup>e</sup> année	100% + 170€ /an
Les prothèses à tarifs limités incluent certaines couronnes céramo-métalliques sur deuxièmes prémolaires et molaires ; les prothèses à tarifs libres incluent certaines couronnes céramo-céramiques (se reporter à vos Conditions générales ou à votre Notice d'information pour trouver plus d'exemples et les références précises à la réglementation).	3 <sup>e</sup> année	100% +250 € /an
Le forfait en Euro est utilisable pour les implants et la parodontologie non remboursés par la Sécurité sociale.	4 <sup>e</sup> année et +	100% +300 € /an
<b>Soins et prothèses "100% santé"</b>		
Les soins et prothèses "100% santé" sont définis par la réglementation. Ces prothèses incluent certaines couronnes céramo-métalliques sur incisives, canines et premières prémolaires, certaines couronnes métalliques sur les autres dents (se reporter à vos Conditions générales ou à votre Notice d'information pour trouver plus d'exemples et les références précises à la réglementation).		Frais réels dans la limite des honoraires limites de facturation définis par la réglementation
<b>Orthodontie</b>		
	1 <sup>re</sup> , 2 <sup>e</sup> année	100 €/sem. (soit 200 € /an)
Orthodontie (versé par semestre)	3 <sup>e</sup> année	150 €/sem. (soit 300 € /an)
	4 <sup>e</sup> année et +	200 €/sem. (soit 400 € /an)
<b>AIDES AUDITIVES</b>		
<b>La prise en charge des aides auditives est limitée à un équipement par oreille tous les 4 ans.</b> Ce délai de renouvellement s'entend pour chaque oreille indépendamment.		
Le remboursement d'une aide auditive ne peut pas excéder 1700 €. Conformément à la réglementation, ce plafond de 1700 € est calculé en y incluant le remboursement du régime obligatoire et le remboursement complémentaire éventuel des régimes locaux ou spéciaux (Alsace-Moselle, SNCF, etc.), .		
<b>Equipements "100% santé"</b>		
Les aides auditives "100% santé" (classe I) sont définies par la réglementation (se reporter à vos Conditions générales ou à votre Notice d'information).		Frais réels dans la limite des prix limites de vente définis par la réglementation
<b>Aides auditives à tarifs libres</b>		
Aides auditives à tarifs libres (classe II)		710 €/oreille
<b>Accessoires</b>		
Accessoires, entretien et piles pour appareil auditif		125%
<b>CURE THERMALE</b>		
Forfait de surveillance thermale ou pratiques médicales complémentaires par un médecin ayant adhéré à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (DPTAM)		220%
Forfait de surveillance thermale ou pratiques médicales complémentaires par un médecin n'ayant pas adhéré à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (DPTAM)		200%
Forfait thermal		200%
Frais d'hébergement et de transport, même si non remboursés par la Sécurité sociale, la cure étant remboursée par la Sécurité sociale		200 € /an
<b>ASSISTANCE</b>		
<b>La description ci-dessous est un résumé des garanties d'assistance.</b> Se référer à vos Conditions générales ou votre Notice d'information pour avoir la description complète des garanties, des limitations et des conditions d'utilisation.		
Aide-ménagère suite à une hospitalisation de plus de 24 heures et par dérogation dans les cas prévus dans vos Conditions générales ou votre Notice d'information		Dans la limite de 40 heures par an
Garde-malade suite à une hospitalisation de plus de 24 heures		Une fois par an dans la limite de 40 heures
Garde-enfants pendant une hospitalisation de plus de 24 heures		Une fois par an dans la limite de 40 heures
Garde-animaux pendant une hospitalisation de plus de 24 heures		Une fois par an dans la limite de 250 €
Soutien scolaire suite à une immobilisation au domicile ou une hospitalisation		12 semaines par an dans la limite de 15 heures par semaine

Document non contractuel

AXA France Vie - S.A. au capital de 487 725 073,50 € - RCS Nanterre 310 499 959- TVA intracommunautaire n° FR 62 310 499 959. AXA Assurances Vie Mutuelle - Société d'assurance mutuelle sur la vie et de capitalisation à cotisations fixes - Siren 353 457 245 - TVA intracommunautaire n° FR 48 353 457 245. AXA France IARD - S.A. au capital de 214 799 030 € - RCS Nanterre 722 057 460 - TVA intracommunautaire n° FR 14 722 057 460. AXA Assurances IARD Mutuelle - Société d'assurance mutuelle à cotisations fixes contre l'incendie, les accidents et risques divers - Siren 775 699 309 - TVA intracommunautaire n° FR 39 775 699 309. Sièges sociaux : 313, Terrasses de l'Arche 92727 Nanterre Cedex. Entreprises régies par le Code des assurances.

Sommaire

MA100RHOSODCON



# Ma Santé 125% Tradi



## Règles générales applicables aux garanties

Les mots ou expressions soulignés sont définis dans le lexique de vos Conditions générales ou de votre Notice d'information.

### Bien comprendre votre tableau de garanties

**Nous prenons en charge uniquement les frais qui ont préalablement donné lieu à un remboursement par votre régime obligatoire d'assurance maladie français** sauf lorsque cela est explicitement mentionné dans le tableau de garanties.

Vos garanties sont exprimées **en pourcentage de la base de remboursement de la Sécurité sociale**, en forfait en Euro ou en une combinaison des deux.

■ **Les pourcentages intègrent les remboursements de votre régime obligatoire d'assurance maladie.** Notre remboursement couvre la différence entre le taux remboursé par la Sécurité sociale et le taux affiché.

■ Les forfaits exprimés en Euro s'entendent **par assuré.** Lorsqu'ils sont définis par an, il s'agit de l'année d'assurance. Ils viennent en complément des remboursements de votre régime obligatoire d'assurance maladie français sauf indication spécifique. Ces forfaits ne sont pas reportables d'une année sur l'autre.

Les lunettes, aides auditives, soins et prothèses dentaires "100% santé" ne sont pas remboursés en totalité par votre contrat.

Les garanties du tableau sont explicitées dans vos Conditions générales ou votre Notice d'information.

### Bon à savoir

- Le total des remboursements que vous percevez ne peut en aucun cas dépasser les frais réels engagés.
- La participation forfaitaire ainsi que les franchises sur les médicaments, sur les actes effectués par un auxiliaire médical et sur les transports ne sont pas prises en charge.
- Si vous ne respectez pas le parcours de soins, nous ne prenons pas en charge l'ensemble des pénalités appliquées par la Sécurité sociale (majoration du ticket modérateur, augmentation autorisée des tarifs conventionnels).
- Les montants exprimés « Chez nos partenaires » et « Hors partenaires » ne se cumulent pas.

**Des exclusions et des limitations de garanties générales sont indiquées dans vos Conditions générales ou votre Notice d'information. Pour les soins à l'étranger, se reporter à la rubrique « Soins à l'étranger » dans vos Conditions générales ou votre Notice d'information.**

## HOSPITALISATION

### Honoraires

Honoraires des médecins (y compris chirurgiens) ayant adhéré à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (DPTAM)

145%<sup>(1)</sup>

Honoraires des médecins (y compris chirurgiens) n'ayant pas adhéré à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (DPTAM)

125%<sup>(1)</sup>

<sup>(1)</sup> Les 3 premiers mois d'assurance le taux de remboursement est limité à 100%, sauf en cas d'accident, dans ce cas le taux entier est appliqué, ou en cas de reprise de contrat à la concurrence, dans ce cas le taux de votre ancien contrat est appliqué sans pouvoir excéder les limites prévues au tableau ci-dessus. Cela s'applique à la souscription du contrat et lors de l'ajout d'un bénéficiaire à l'exception des nouveau-nés.

### Frais de séjour

Ticket modérateur sur le prix de journée ou sur les actes peu coûteux, participation forfaitaire pour les actes coûteux

- En établissement conventionné

Frais réels

- En établissement non conventionné

100%

### Forfait journalier hospitalier

Forfait journalier hospitalier

Frais réels

### Chambre particulière et lit pour accompagnant

Chambre particulière non remboursée par la Sécurité sociale (dans la limite de 30 jours par année d'assurance en moyen séjour)

50 €/jour

Lit pour accompagnant non remboursé par la Sécurité sociale

15 €/jour

### Hospitalisation à domicile (HAD)

Hospitalisation à domicile (HAD)

125%

## SOINS COURANTS

### Honoraires médicaux

Consultations, visites et actes (radio, petite chirurgie) de médecins généralistes et spécialistes ayant adhéré à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (DPTAM)

145%

Consultations, visites et actes (radio, petite chirurgie) de médecins généralistes et spécialistes n'ayant pas adhéré à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (DPTAM)

125%

<b>Analyses et examens de laboratoire</b>			
Examens médicaux (biologie, analyse médicale)		125%	
<b>Honoraires paramédicaux</b>			
Auxiliaires médicaux (par exemple : infirmier et infirmière, sage-femme, kinésithérapeute, orthophoniste, orthoptiste)		125%	
<b>Médicaments</b>			
Médicaments à service médical rendu majeur ou important (ex-vignette blanche)		100%	
Médicaments à service médical rendu modéré (ex-vignette bleue)		100%	
Médicaments à service médical rendu faible (ex-vignette orange)		Non pris en charge	
<b>Matériel médical</b>			
Prothèses, pansements, petits matériels et autres produits définis sur la Liste des Produits et Prestations remboursables de la Sécurité sociale (hors lunettes et aides auditives pour lesquelles se référer à leurs lignes spécifiques).		125%	
<b>Médecine douce et prévention</b>			
Médecine douce (ostéopathe, chiropracteur, acupuncteur, pédicure-podologue) non remboursée par la Sécurité sociale		25 €/séance	
- Nombre de séances remboursées toutes spécialités confondues		3 séances /an	
Forfait prévention			
- Sevrage tabagique : Tous les médicaments et produits à base de nicotine prescrits par un médecin, dans un but de sevrage tabagique (avec Autorisation de Mise sur le Marché ou norme Afnor) même non remboursés par la Sécurité sociale		70 € /an	
- Consultation diététicien non remboursée par la Sécurité sociale			
Vaccin antigrippe prescrit même non remboursé par la Sécurité sociale		Frais réels	
<b>TRANSPORT SANITAIRE</b>			
Transports prescrits pour l'hospitalisation ou la médecine de ville		125%	
<b>OPTIQUE</b>			
<b>La prise en charge des lunettes est limitée à une paire tous les 2 ans pour les personnes de 16 ans et plus et à une paire tous les ans pour les enfants de moins de 16 ans, sauf en cas d'évolution de la vue objectivée par une nouvelle prescription médicale ophtalmologique.</b>			
Se reporter à vos Conditions générales ou à votre Notice d'information pour plus de précisions sur les conditions de renouvellement			
<b>Lunettes (Verres et monture)</b>			
		Hors partenaires	Chez nos partenaires
Forfait lunettes à 2 verres simples	1 <sup>re</sup> , 2 <sup>e</sup> année	70 €/lunettes	80 €/lunettes
	3 <sup>e</sup> année	110 €/lunettes	130 €/lunettes
	4 <sup>e</sup> année et +	170 €/lunettes	200 €/lunettes
Forfait lunettes à 1 verre simple et 1 verre complexe ou très complexe	1 <sup>re</sup> , 2 <sup>e</sup> année	125 €/lunettes	125 €/lunettes
	3 <sup>e</sup> année	130 €/lunettes	140 €/lunettes
	4 <sup>e</sup> année et +	170 €/lunettes	200 €/lunettes
Forfait lunettes à 2 verres complexes ou très complexes (dès la première année)		200 €/lunettes	
<b>Lentilles</b>			
Les lentilles prescrites sont prises en charge même si non remboursées par la Sécurité sociale. Le ticket modérateur des lentilles remboursées par la Sécurité sociale est pris en charge même si le forfait annuel est épuisé.		100 €/an	
<b>Chirurgie réfractive</b>			
Opération de la myopie, de l'hypermétropie, de l'astigmatisme et de la presbytie par laser, non remboursée par la Sécurité sociale	1 <sup>re</sup> , 2 <sup>e</sup> année	60 €/an	
	3 <sup>e</sup> année	80 €/an	
	4 <sup>e</sup> année et +	140 €/an	
<b>DENTAIRE</b>			
<b>Soins</b>			
Consultations et soins dentaires (dentistes et chirurgiens-dentistes) ; Parodontologie ; Inlay, onlay		125%	
<b>Prothèses</b>			
Prothèses (couronnes, bridges, appareils amovibles, implants, inlay-core) Le forfait annuel est utilisable pour les implants même si non remboursés par la Sécurité sociale.	1 <sup>re</sup> année	100% + 100 €/an	
	2 <sup>e</sup> année	100% + 150 €/an	
	3 <sup>e</sup> année et +	100% + 250 €/an	
<b>Orthodontie</b>			
Orthodontie (versé par semestre)	1 <sup>re</sup> , 2 <sup>e</sup> année	100 €/sem. (soit 200 €/an)	
	3 <sup>e</sup> année	150 €/sem. (soit 300 €/an)	
	4 <sup>e</sup> année et +	200 €/sem. (soit 400 €/an)	

## AIDES AUDITIVES

La prise en charge des aides auditives est limitée à un équipement par oreille tous les 4 ans. Ce délai de renouvellement s'entend pour chaque oreille indépendamment.

Appareils auditifs (de classe I ou de classe II)	125%
Accessoires, entretien et piles pour appareil auditif	125%

## CURE THERMALE

Cure thermale Non pris en charge

## ASSISTANCE

La description ci-dessous est un résumé des garanties d'assistance. Se référer à vos Conditions générales ou votre Notice d'information pour avoir la description complète des garanties, des limitations et des conditions d'utilisation.

Aide-ménagère suite à une hospitalisation de plus de 24 heures et par dérogation dans les cas prévus dans vos Conditions générales ou votre Notice d'information	Dans la limite de 40 heures par an
Garde-malade suite à une hospitalisation de plus de 24 heures	Une fois par an dans la limite de 40 heures
Garde-enfants pendant une hospitalisation de plus de 24 heures	Une fois par an dans la limite de 40 heures
Garde-animaux pendant une hospitalisation de plus de 24 heures	Une fois par an dans la limite de 250 €
Soutien scolaire suite à une immobilisation au domicile ou une hospitalisation	12 semaines par an dans la limite de 15 heures par semaine

Document non contractuel

AXA France Vie - S.A. au capital de 487 725 073,50 € - RCS Nanterre 310 499 959- TVA intracommunautaire n° FR 62 310 499 959. AXA Assurances Vie Mutuelle - Société d'assurance mutuelle sur la vie et de capitalisation à cotisations fixes - Siren 353 457 245 - TVA intracommunautaire n° FR 48 353 457 245. AXA France IARD - S.A. au capital de 214 799 030 € - RCS Nanterre 722 057 460 - TVA intracommunautaire n° FR 14 722 057 460. AXA Assurances IARD Mutuelle - Société d'assurance mutuelle à cotisations fixes contre l'incendie, les accidents et risques divers - Siren 775 699 309 - TVA intracommunautaire n° FR 39 775 699 309. Sièges sociaux : 313, Terrasses de l'Arche 92727 Nanterre Cedex. Entreprises régies par le Code des assurances.

Sommaire

MA125NR



# Ma Santé 125% Tradi



## avec Module Hospi

### Règles générales applicables aux garanties

Les mots ou expressions soulignés sont définis dans le lexique de vos Conditions générales ou de votre Notice d'information.

#### Bien comprendre votre tableau de garanties

Nous prenons en charge uniquement les frais qui ont préalablement donné lieu à un remboursement par votre régime obligatoire d'assurance maladie français sauf lorsque cela est explicitement mentionné dans le tableau de garanties.

Vos garanties sont exprimées en pourcentage de la base de remboursement de la Sécurité sociale, en forfait en Euro ou en une combinaison des deux.

■ Les pourcentages intègrent les remboursements de votre régime obligatoire d'assurance maladie. Notre remboursement couvre la différence entre le taux remboursé par la Sécurité sociale et le taux affiché.

■ Les forfaits exprimés en Euro s'entendent par assuré. Lorsqu'ils sont définis par an, il s'agit de l'année d'assurance. Ils viennent en complément des remboursements de votre régime obligatoire d'assurance maladie français sauf indication spécifique. Ces forfaits ne sont pas reportables d'une année sur l'autre.

Les lunettes, aides auditives, soins et prothèses dentaires "100% santé" ne sont pas remboursés en totalité par votre contrat.

Les garanties du tableau sont explicitées dans vos Conditions générales ou votre Notice d'information.

#### Bon à savoir

- Le total des remboursements que vous percevez ne peut en aucun cas dépasser les frais réels engagés.
- La participation forfaitaire ainsi que les franchises sur les médicaments, sur les actes effectués par un auxiliaire médical et sur les transports ne sont pas prises en charge.
- Si vous ne respectez pas le parcours de soins, nous ne prenons pas en charge l'ensemble des pénalités appliquées par la Sécurité sociale (majoration du ticket modérateur, augmentation autorisée des tarifs conventionnels).
- Les montants exprimés « Chez nos partenaires » et « Hors partenaires » ne se cumulent pas.

Des exclusions et des limitations de garanties générales sont indiquées dans vos Conditions générales ou votre Notice d'information. Pour les soins à l'étranger, se reporter à la rubrique « Soins à l'étranger » dans vos Conditions générales ou votre Notice d'information.

#### HOSPITALISATION

##### Honoraires

Honoraires des médecins (y compris chirurgiens) ayant adhéré à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (DPTAM)	1 <sup>re</sup> année	220% <sup>(1)</sup>
	2 <sup>e</sup> année et +	400% <sup>(1)</sup>
Honoraires des médecins (y compris chirurgiens) n'ayant pas adhéré à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (DPTAM)	1 <sup>re</sup> année	200% <sup>(1)</sup>
	2 <sup>e</sup> année et +	200% <sup>(1)</sup>

<sup>(1)</sup> Les 3 premiers mois d'assurance le taux de remboursement est limité à 100%, sauf en cas d'accident, dans ce cas le taux entier est appliqué, ou en cas de reprise de contrat à la concurrence, dans ce cas le taux de votre ancien contrat est appliqué sans pouvoir excéder les limites prévues au tableau ci-dessus. Cela s'applique à la souscription du contrat et lors de l'ajout d'un bénéficiaire à l'exception des nouveau-nés.

##### Frais de séjour

Ticket modérateur sur le prix de journée ou sur les actes peu coûteux, participation forfaitaire pour les actes coûteux

- En établissement conventionné
- En établissement non conventionné

Frais réels

100%

##### Forfait journalier hospitalier

Forfait journalier hospitalier

Frais réels

##### Chambre particulière et lit pour accompagnant

Chambre particulière non remboursée par la Sécurité sociale (dans la limite de 30 jours par année d'assurance en moyen séjour)

75 €/jour

Lit pour accompagnant non remboursé par la Sécurité sociale

15 €/jour

##### Hospitalisation à domicile (HAD)

Hospitalisation à domicile (HAD)

125%

<b>SOINS COURANTS</b>			
<b>Honoraires médicaux</b>			
Consultations, visites et actes (radio, petite chirurgie) de médecins généralistes et spécialistes ayant adhéré à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (DPTAM)		145%	
Consultations, visites et actes (radio, petite chirurgie) de médecins généralistes et spécialistes n'ayant pas adhéré à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (DPTAM)		125%	
<b>Analyses et examens de laboratoire</b>			
Examens médicaux (biologie, analyse médicale)		125%	
<b>Honoraires paramédicaux</b>			
Auxiliaires médicaux (par exemple : infirmier et infirmière, sage-femme, kinésithérapeute, orthophoniste, orthoptiste)		125%	
<b>Médicaments</b>			
Médicaments à service médical rendu majeur ou important (ex-vignette blanche)		100%	
Médicaments à service médical rendu modéré (ex-vignette bleue)		100%	
Médicaments à service médical rendu faible (ex-vignette orange)		Non pris en charge	
<b>Matériel médical</b>			
Prothèses, pansements, petits matériels et autres produits définis sur la Liste des Produits et Prestations remboursables de la Sécurité sociale (hors lunettes et aides auditives pour lesquelles se référer à leurs lignes spécifiques).		125%	
<b>Médecine douce et prévention</b>			
Médecine douce (ostéopathe, chiropracteur, acupuncteur, pédicure-podologue) non remboursée par la Sécurité sociale		25 € /séance	
- Nombre de séances remboursées toutes spécialités confondues		3 séances /an	
Forfait prévention			
- Sevrage tabagique : Tous les médicaments et produits à base de nicotine prescrits par un médecin, dans un but de sevrage tabagique (avec Autorisation de Mise sur le Marché ou norme Afnor) même non remboursés par la Sécurité sociale		70 € /an	
- Consultation diététicien non remboursée par la Sécurité sociale			
Vaccin antigrippe prescrit même non remboursé par la Sécurité sociale		Frais réels	
<b>TRANSPORT SANITAIRE</b>			
Transports prescrits pour l'hospitalisation ou la médecine de ville		125%	
<b>OPTIQUE</b>			
<b>La prise en charge des lunettes est limitée à une paire tous les 2 ans pour les personnes de 16 ans et plus et à une paire tous les ans pour les enfants de moins de 16 ans</b> , sauf en cas d'évolution de la vue objectivée par une nouvelle prescription médicale ophtalmologique.			
Se reporter à vos Conditions générales ou à votre Notice d'information pour plus de précisions sur les conditions de renouvellement			
<b>Lunettes (Verres et monture)</b>			
		Hors partenaires	Chez nos partenaires
Forfait lunettes à 2 verres simples	1 <sup>re</sup> , 2 <sup>e</sup> année	70 € /lunettes	80 € /lunettes
	3 <sup>e</sup> année	110 € /lunettes	130 € /lunettes
	4 <sup>e</sup> année et +	170 € /lunettes	200 € /lunettes
Forfait lunettes à 1 verre simple et 1 verre complexe ou très complexe	1 <sup>re</sup> , 2 <sup>e</sup> année	125 € /lunettes	125 € /lunettes
	3 <sup>e</sup> année	130 € /lunettes	140 € /lunettes
	4 <sup>e</sup> année et +	170 € /lunettes	200 € /lunettes
Forfait lunettes à 2 verres complexes ou très complexes (dès la première année)		200 € /lunettes	
<b>Lentilles</b>			
Les lentilles prescrites sont prises en charge même si non remboursées par la Sécurité sociale. Le ticket modérateur des lentilles remboursées par la Sécurité sociale est pris en charge même si le forfait annuel est épuisé.		100 € /an	
<b>Chirurgie réfractive</b>			
Opération de la myopie, de l'hypermétropie, de l'astigmatisme et de la presbytie par laser, non remboursée par la Sécurité sociale	1 <sup>re</sup> , 2 <sup>e</sup> année	60 € /an	
	3 <sup>e</sup> année	80 € /an	
	4 <sup>e</sup> année et +	140 € /an	
<b>DENTAIRE</b>			
<b>Soins</b>			
Consultations et soins dentaires (dentistes et chirurgiens-dentistes) ; Parodontologie ; Inlay, onlay		125%	
<b>Prothèses</b>			
Prothèses (couronnes, bridges, appareils amovibles, implants, inlay-core) Le forfait annuel est utilisable pour les implants même si non remboursés par la Sécurité sociale.	1 <sup>re</sup> année	100% + 100 € /an	
	2 <sup>e</sup> année	100% + 150 € /an	
	3 <sup>e</sup> année et +	100% + 250 € /an	

Orthodontie		
Orthodontie (versé par semestre)	1 <sup>re</sup> , 2 <sup>e</sup> année	100 €/sem. (soit 200 €/an)
	3 <sup>e</sup> année	150 €/sem. (soit 300 €/an)
	4 <sup>e</sup> année et +	200 €/sem. (soit 400 €/an)

### AIDES AUDITIVES

**La prise en charge des aides auditives est limitée à un équipement par oreille tous les 4 ans.** Ce délai de renouvellement s'entend pour chaque oreille indépendamment.

Appareils auditifs (de classe I ou de classe II)	125%
Accessoires, entretien et piles pour appareil auditif	125%

### CURE THERMALE

Cure thermale Non pris en charge

### ASSISTANCE

**La description ci-dessous est un résumé des garanties d'assistance.** Se référer à vos Conditions générales ou votre Notice d'information pour avoir la description complète des garanties, des limitations et des conditions d'utilisation.

Aide-ménagère suite à une hospitalisation de plus de 24 heures et par dérogation dans les cas prévus dans vos Conditions générales ou votre Notice d'information	Dans la limite de 40 heures par an
Garde-malade suite à une hospitalisation de plus de 24 heures	Une fois par an dans la limite de 40 heures
Garde-enfants pendant une hospitalisation de plus de 24 heures	Une fois par an dans la limite de 40 heures
Garde-animaux pendant une hospitalisation de plus de 24 heures	Une fois par an dans la limite de 250 €
Soutien scolaire suite à une immobilisation au domicile ou une hospitalisation	12 semaines par an dans la limite de 15 heures par semaine

Document non contractuel

AXA France Vie - S.A. au capital de 487 725 073,50 € - RCS Nanterre 310 499 959- TVA intracommunautaire n° FR 62 310 499 959. AXA Assurances Vie Mutuelle - Société d'assurance mutuelle sur la vie et de capitalisation à cotisations fixes - Siren 353 457 245 - TVA intracommunautaire n° FR 48 353 457 245 . AXA France IARD - S.A. au capital de 214 799 030 € - RCS Nanterre 722 057 460 - TVA intracommunautaire n° FR 14 722 057 460. AXA Assurances IARD Mutuelle - Société d'assurance mutuelle à cotisations fixes contre l'incendie, les accidents et risques divers - Siren 775 699 309 - TVA intracommunautaire n° FR 39 775 699 309. Sièges sociaux : 313, Terrasses de l'Arche 92727 Nanterre Cedex. Entreprises régies par le Code des assurances.

Sommaire

MA125NRHOS



# Ma Santé 125% Tradi



## avec Module Optique Dentaire

### Règles générales applicables aux garanties

Les mots ou expressions soulignés sont définis dans le lexique de vos Conditions générales ou de votre Notice d'information.

#### Bien comprendre votre tableau de garanties

Nous prenons en charge uniquement les frais qui ont préalablement donné lieu à un remboursement par votre régime obligatoire d'assurance maladie français sauf lorsque cela est explicitement mentionné dans le tableau de garanties.

Vos garanties sont exprimées en pourcentage de la base de remboursement de la Sécurité sociale, en forfait en Euro ou en une combinaison des deux.

■ Les pourcentages intègrent les remboursements de votre régime obligatoire d'assurance maladie. Notre remboursement couvre la différence entre le taux remboursé par la Sécurité sociale et le taux affiché.

■ Les forfaits exprimés en Euro s'entendent par assuré. Lorsqu'ils sont définis par an, il s'agit de l'année d'assurance. Ils viennent en complément des remboursements de votre régime obligatoire d'assurance maladie français sauf indication spécifique. Ces forfaits ne sont pas reportables d'une année sur l'autre.

Les lunettes, aides auditives, soins et prothèses dentaires "100% santé" ne sont pas remboursés en totalité par votre contrat.

Les garanties du tableau sont explicitées dans vos Conditions générales ou votre Notice d'information.

#### Bon à savoir

- Le total des remboursements que vous percevez ne peut en aucun cas dépasser les frais réels engagés.
- La participation forfaitaire ainsi que les franchises sur les médicaments, sur les actes effectués par un auxiliaire médical et sur les transports ne sont pas prises en charge.
- Si vous ne respectez pas le parcours de soins, nous ne prenons pas en charge l'ensemble des pénalités appliquées par la Sécurité sociale (majoration du ticket modérateur, augmentation autorisée des tarifs conventionnels).
- Les montants exprimés « Chez nos partenaires » et « Hors partenaires » ne se cumulent pas.

Des exclusions et des limitations de garanties générales sont indiquées dans vos Conditions générales ou votre Notice d'information. Pour les soins à l'étranger, se reporter à la rubrique « Soins à l'étranger » dans vos Conditions générales ou votre Notice d'information.

#### HOSPITALISATION

##### Honoraires

Honoraires des médecins (y compris chirurgiens) ayant adhéré à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (DPTAM)

145%<sup>(1)</sup>

Honoraires des médecins (y compris chirurgiens) n'ayant pas adhéré à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (DPTAM)

125%<sup>(1)</sup>

<sup>(1)</sup> Les 3 premiers mois d'assurance le taux de remboursement est limité à 100%, sauf en cas d'accident, dans ce cas le taux entier est appliqué, ou en cas de reprise de contrat à la concurrence, dans ce cas le taux de votre ancien contrat est appliqué sans pouvoir excéder les limites prévues au tableau ci-dessus. Cela s'applique à la souscription du contrat et lors de l'ajout d'un bénéficiaire à l'exception des nouveau-nés.

##### Frais de séjour

Ticket modérateur sur le prix de journée ou sur les actes peu coûteux, participation forfaitaire pour les actes coûteux

- En établissement conventionné

Frais réels

- En établissement non conventionné

100%

##### Forfait journalier hospitalier

Forfait journalier hospitalier

Frais réels

##### Chambre particulière et lit pour accompagnant

Chambre particulière non remboursée par la Sécurité sociale (dans la limite de 30 jours par année d'assurance en moyen séjour)

50 €/jour

Lit pour accompagnant non remboursé par la Sécurité sociale

15 €/jour

##### Hospitalisation à domicile (HAD)

Hospitalisation à domicile (HAD)

125%

## SOINS COURANTS

### Honoraires médicaux

Consultations, visites et actes (radio, petite chirurgie) de médecins généralistes et spécialistes ayant adhéré à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (DPTAM) 145%

Consultations, visites et actes (radio, petite chirurgie) de médecins généralistes et spécialistes n'ayant pas adhéré à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (DPTAM) 125%

### Analyses et examens de laboratoire

Examens médicaux (biologie, analyse médicale) 125%

### Honoraires paramédicaux

Auxiliaires médicaux (par exemple : infirmier et infirmière, sage-femme, kinésithérapeute, orthophoniste, orthoptiste) 125%

### Médicaments

Médicaments à service médical rendu majeur ou important (ex-vignette blanche) 100%

Médicaments à service médical rendu modéré (ex-vignette bleue) 100%

Médicaments à service médical rendu faible (ex-vignette orange) Non pris en charge

### Matériel médical

Prothèses, pansements, petits matériels et autres produits définis sur la Liste des Produits et Prestations remboursables de la Sécurité sociale (hors lunettes et aides auditives pour lesquelles se référer à leurs lignes spécifiques). 125%

### Médecine douce et prévention

Médecine douce (ostéopathe, chiropracteur, acupuncteur, pédicure-podologue) non remboursée par la Sécurité sociale 25 €/séance

- Nombre de séances remboursées toutes spécialités confondues 3 séances /an

#### Forfait prévention

- Sevrage tabagique : Tous les médicaments et produits à base de nicotine prescrits par un médecin, dans un but de sevrage tabagique (avec Autorisation de Mise sur le Marché ou norme Afnor) même non remboursés par la Sécurité sociale 70 €/an

- Consultation diététicien non remboursée par la Sécurité sociale

Vaccin antigrippe prescrit même non remboursé par la Sécurité sociale

Frais réels

## TRANSPORT SANITAIRE

Transports prescrits pour l'hospitalisation ou la médecine de ville 125%

## OPTIQUE

**La prise en charge des lunettes est limitée à une paire tous les 2 ans pour les personnes de 16 ans et plus et à une paire tous les ans pour les enfants de moins de 16 ans**, sauf en cas d'évolution de la vue objectivée par une nouvelle prescription médicale ophtalmologique.

Se reporter à vos Conditions générales ou à votre Notice d'information pour plus de précisions sur les conditions de renouvellement

### Lunettes (Verres et monture)

	Hors partenaires	Chez nos partenaires	
Forfait lunettes à 2 verres simples	1 <sup>re</sup> , 2 <sup>e</sup> année	140 €/lunettes	160 €/lunettes
	3 <sup>e</sup> année	180 €/lunettes	220 €/lunettes
	4 <sup>e</sup> année et +	290 €/lunettes	350 €/lunettes
Forfait lunettes à 1 verre simple et 1 verre complexe ou très complexe	1 <sup>re</sup> , 2 <sup>e</sup> année	140 €/lunettes	160 €/lunettes
	3 <sup>e</sup> année	180 €/lunettes	220 €/lunettes
	4 <sup>e</sup> année et +	290 €/lunettes	350 €/lunettes
Forfait lunettes à 2 verres complexes ou très complexes	1 <sup>re</sup> , 2 <sup>e</sup> année	200 €/lunettes	200 €/lunettes
	3 <sup>e</sup> année	210 €/lunettes	220 €/lunettes
	4 <sup>e</sup> année et +	290 €/lunettes	350 €/lunettes

### Lentilles

Les lentilles prescrites sont prises en charge même si non remboursées par la Sécurité sociale. Le ticket modérateur des lentilles remboursées par la Sécurité sociale est pris en charge même si le forfait annuel est épuisé.

200 €/an

### Chirurgie réfractive

Opération de la myopie, de l'hypermétropie, de l'astigmatisme et de la presbytie par laser, non remboursée par la Sécurité sociale 140 €/an

3<sup>e</sup> année 180 €/an

4<sup>e</sup> année et + 290 €/an

<b>DENTAIRE</b>		
<b>Soins</b>		
Consultations et soins dentaires (dentistes et chirurgiens-dentistes) ; Parodontologie ; Inlay, onlay	125%	
<b>Prothèses</b>		
Prothèses (couronnes, bridges, appareils amovibles, implants, inlay-core) Le forfait annuel est utilisable pour les implants même si non remboursés par la Sécurité sociale.	1 <sup>re</sup> année	100% + 180 €/an
	2 <sup>e</sup> année	100% + 230 €/an
	3 <sup>e</sup> année	100% + 350 €/an
	4 <sup>e</sup> année et +	100% + 400 €/an
<b>Orthodontie</b>		
Orthodontie (versé par semestre)	1 <sup>re</sup> , 2 <sup>e</sup> année	140 €/sem. (soit 280 €/an)
	3 <sup>e</sup> année	200 €/sem. (soit 400 €/an)
	4 <sup>e</sup> année et +	275 €/sem. (soit 550 €/an)
<b>AIDES AUDITIVES</b>		
<b>La prise en charge des aides auditives est limitée à un équipement par oreille tous les 4 ans.</b> Ce délai de renouvellement s'entend pour chaque oreille indépendamment.		
Appareils auditifs (de classe I ou de classe II)	125%	
Accessoires, entretien et piles pour appareil auditif	125%	
<b>CURE THERMALE</b>		
Cure thermale	Non pris en charge	
<b>ASSISTANCE</b>		
<b>La description ci-dessous est un résumé des garanties d'assistance.</b> Se référer à vos Conditions générales ou votre Notice d'information pour avoir la description complète des garanties, des limitations et des conditions d'utilisation.		
Aide-ménagère suite à une hospitalisation de plus de 24 heures et par dérogation dans les cas prévus dans vos Conditions générales ou votre Notice d'information	Dans la limite de 40 heures par an	
Garde-malade suite à une hospitalisation de plus de 24 heures	Une fois par an dans la limite de 40 heures	
Garde-enfants pendant une hospitalisation de plus de 24 heures	Une fois par an dans la limite de 40 heures	
Garde-animaux pendant une hospitalisation de plus de 24 heures	Une fois par an dans la limite de 250 €	
Soutien scolaire suite à une immobilisation au domicile ou une hospitalisation	12 semaines par an dans la limite de 15 heures par semaine	

Document non contractuel

AXA France Vie - S.A. au capital de 487 725 073,50 € - RCS Nanterre 310 499 959- TVA intracommunautaire n° FR 62 310 499 959. AXA Assurances Vie Mutuelle - Société d'assurance mutuelle sur la vie et de capitalisation à cotisations fixes - Siren 353 457 245 - TVA intracommunautaire n° FR 48 353 457 245. AXA France IARD - S.A. au capital de 214 799 030 € - RCS Nanterre 722 057 460 - TVA intracommunautaire n° FR 14 722 057 460. AXA Assurances IARD Mutuelle - Société d'assurance mutuelle à cotisations fixes contre l'incendie, les accidents et risques divers - Siren 775 699 309 - TVA intracommunautaire n° FR 39 775 699 309. Sièges sociaux : 313, Terrasses de l'Arche 92727 Nanterre Cedex. **Entreprises régies par le Code des assurances.**

Sommaire

MA125NROD



# Ma Santé 125 % Tradi



## avec Module Confort

### Règles générales applicables aux garanties

Les mots ou expressions soulignés sont définis dans le lexique de vos Conditions générales ou de votre Notice d'information.

#### Bien comprendre votre tableau de garanties

Nous prenons en charge uniquement les frais qui ont préalablement donné lieu à un remboursement par votre régime obligatoire d'assurance maladie français sauf lorsque cela est explicitement mentionné dans le tableau de garanties.

Vos garanties sont exprimées en pourcentage de la base de remboursement de la Sécurité sociale, en forfait en Euro ou en une combinaison des deux.

■ Les pourcentages intègrent les remboursements de votre régime obligatoire d'assurance maladie. Notre remboursement couvre la différence entre le taux remboursé par la Sécurité sociale et le taux affiché.

■ Les forfaits exprimés en Euro s'entendent par assuré. Lorsqu'ils sont définis par an, il s'agit de l'année d'assurance. Ils viennent en complément des remboursements de votre régime obligatoire d'assurance maladie français sauf indication spécifique. Ces forfaits ne sont pas reportables d'une année sur l'autre.

Les lunettes, aides auditives, soins et prothèses dentaires "100% santé" ne sont pas remboursés en totalité par votre contrat.

Les garanties du tableau sont explicitées dans vos Conditions générales ou votre Notice d'information.

#### Bon à savoir

- Le total des remboursements que vous percevez ne peut en aucun cas dépasser les frais réels engagés.
- La participation forfaitaire ainsi que les franchises sur les médicaments, sur les actes effectués par un auxiliaire médical et sur les transports ne sont pas prises en charge.
- Si vous ne respectez pas le parcours de soins, nous ne prenons pas en charge l'ensemble des pénalités appliquées par la Sécurité sociale (majoration du ticket modérateur, augmentation autorisée des tarifs conventionnels).
- Les montants exprimés « Chez nos partenaires » et « Hors partenaires » ne se cumulent pas.

Des exclusions et des limitations de garanties générales sont indiquées dans vos Conditions générales ou votre Notice d'information. Pour les soins à l'étranger, se reporter à la rubrique « Soins à l'étranger » dans vos Conditions générales ou votre Notice d'information.

#### HOSPITALISATION

##### Honoraires

Honoraires des médecins (y compris chirurgiens) ayant adhéré à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (DPTAM)

145%<sup>(1)</sup>

Honoraires des médecins (y compris chirurgiens) n'ayant pas adhéré à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (DPTAM)

125%<sup>(1)</sup>

<sup>(1)</sup> Les 3 premiers mois d'assurance le taux de remboursement est limité à 100%, sauf en cas d'accident, dans ce cas le taux entier est appliqué, ou en cas de reprise de contrat à la concurrence, dans ce cas le taux de votre ancien contrat est appliqué sans pouvoir excéder les limites prévues au tableau ci-dessus. Cela s'applique à la souscription du contrat et lors de l'ajout d'un bénéficiaire à l'exception des nouveau-nés.

##### Frais de séjour

Ticket modérateur sur le prix de journée ou sur les actes peu coûteux, participation forfaitaire pour les actes coûteux

- En établissement conventionné
- En établissement non conventionné

Frais réels

100%

##### Forfait journalier hospitalier

Forfait journalier hospitalier

Frais réels

##### Chambre particulière et lit pour accompagnant

Chambre particulière non remboursée par la Sécurité sociale (dans la limite de 30 jours par année d'assurance en moyen séjour)

50 € /jour

Lit pour accompagnant non remboursé par la Sécurité sociale

15 € /jour

##### Hospitalisation à domicile (HAD)

Hospitalisation à domicile (HAD)

125%

<b>SOINS COURANTS</b>			
<b>Honoraires médicaux</b>			
Consultations et visites de médecins généralistes et spécialistes ayant adhéré à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (DPTAM)		170%	
Consultations et visites de médecins généralistes et spécialistes n'ayant pas adhéré à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (DPTAM)		150%	
Actes (radio, petite chirurgie) par des médecins ayant adhéré à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (DPTAM)		145%	
Actes (radio, petite chirurgie) par des médecins n'ayant pas adhéré à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (DPTAM)		125%	
<b>Analyses et examens de laboratoire</b>			
Examens médicaux (biologie, analyse médicale)		125%	
<b>Honoraires paramédicaux</b>			
Auxiliaires médicaux (par exemple : infirmier et infirmière, sage-femme, kinésithérapeute, orthophoniste, orthoptiste)		125%	
<b>Médicaments</b>			
Tout médicament remboursé par la Sécurité sociale		100%	
Médicament prescrit et non remboursé		30 € /an	
<b>Matériel médical</b>			
Prothèses, pansements, petits matériels et autres produits définis sur la Liste des Produits et Prestations remboursables de la Sécurité sociale (hors lunettes et aides auditives pour lesquelles se référer à leurs lignes spécifiques).		125%	
<b>Médecine douce et prévention</b>			
Médecine douce (ostéopathe, chiropracteur, acupuncteur, pédicure-podologue) non remboursée par la Sécurité sociale		50 € /séance	
- Nombre de séances remboursées toutes spécialités confondues		3 séances/an	
Forfait prévention			
- Sevrage tabagique : Tous les médicaments et produits à base de nicotine prescrits par un médecin, dans un but de sevrage tabagique (avec Autorisation de Mise sur le Marché ou norme Afnor) même non remboursés par la Sécurité sociale		70 € /an	
- Consultation diététicien non remboursée par la Sécurité sociale			
Vaccin antigrippe prescrit même non remboursé par la Sécurité sociale		Frais réels	
<b>TRANSPORT SANITAIRE</b>			
Transports prescrits pour l'hospitalisation ou la médecine de ville		125%	
<b>OPTIQUE</b>			
<b>La prise en charge des lunettes est limitée à une paire tous les 2 ans pour les personnes de 16 ans et plus et à une paire tous les ans pour les enfants de moins de 16 ans, sauf en cas d'évolution de la vue objectivée par une nouvelle prescription médicale ophtalmologique.</b>			
Se reporter à vos Conditions générales ou à votre Notice d'information pour plus de précisions sur les conditions de renouvellement			
<b>Lunettes (Verres et monture)</b>			
		Hors partenaires	Chez nos partenaires
Forfait lunettes à 2 verres simples	1 <sup>re</sup> , 2 <sup>e</sup> année	70 € /lunettes	80 € /lunettes
	3 <sup>e</sup> année	110 € /lunettes	130 € /lunettes
	4 <sup>e</sup> année et +	170 € /lunettes	200 € /lunettes
Forfait lunettes à 1 verre simple et 1 verre complexe ou très complexe	1 <sup>re</sup> , 2 <sup>e</sup> année	125 € /lunettes	125 € /lunettes
	3 <sup>e</sup> année	130 € /lunettes	140 € /lunettes
	4 <sup>e</sup> année et +	170 € /lunettes	200 € /lunettes
Forfait lunettes à 2 verres complexes ou très complexes (dès la première année)		200 € /lunettes	
<b>Lentilles</b>			
Les lentilles prescrites sont prises en charge même si non remboursées par la Sécurité sociale. Le ticket modérateur des lentilles remboursées par la Sécurité sociale est pris en charge même si le forfait annuel est épuisé.		100 € /an	
<b>Chirurgie réfractive</b>			
Opération de la myopie, de l'hypermétropie, de l'astigmatisme et de la presbytie par laser, non remboursée par la Sécurité sociale	1 <sup>re</sup> , 2 <sup>e</sup> année	60 € /an	
	3 <sup>e</sup> année	80 € /an	
	4 <sup>e</sup> année et +	140 € /an	
<b>DENTAIRE</b>			
<b>Soins</b>			
Consultations et soins dentaires (dentistes et chirurgiens-dentistes) ; Parodontologie ; Inlay, onlay		125%	
<b>Prothèses</b>			
Prothèses (couronnes, bridges, appareils amovibles, implants, inlay-core) Le forfait annuel est utilisable pour les implants même si non remboursés par la Sécurité sociale.	1 <sup>re</sup> année	100% + 100 € /an	
	2 <sup>e</sup> année	100% + 150 € /an	
	3 <sup>e</sup> année et +	100% + 250 € /an	

## Orthodontie

Orthodontie (versé par semestre)	1 <sup>re</sup> , 2 <sup>e</sup> année	100 €/sem. (soit 200 €/an)
	3 <sup>e</sup> année	150 €/sem. (soit 300 €/an)
	4 <sup>e</sup> année et +	200 €/sem. (soit 400 €/an)

## AIDES AUDITIVES

La prise en charge des aides auditives est limitée à un équipement par oreille tous les 4 ans. Ce délai de renouvellement s'entend pour chaque oreille indépendamment.

	Hors partenaires	Chez nos partenaires
Appareils auditifs (de classe I ou de classe II)	125% + 400 €/oreille	125% + 500 €/oreille
Accessoires, entretien et piles pour appareil auditif		125%

## CURE THERMALE

Forfait de surveillance thermique, pratiques médicales complémentaires par un médecin ayant adhéré à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (DPTAM)	220%
Forfait de surveillance thermique, pratiques médicales complémentaires par un médecin n'ayant pas adhéré à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (DPTAM)	200%
Forfait thermal	200%
Frais d'hébergement et de transport, même si non remboursés par la Sécurité sociale, la cure étant remboursée par la Sécurité sociale	200 €

## ASSISTANCE

La description ci-dessous est un résumé des garanties d'assistance. Se référer à vos Conditions générales ou votre Notice d'information pour avoir la description complète des garanties, des limitations et des conditions d'utilisation.

Aide-ménagère suite à une hospitalisation de plus de 24 heures et par dérogation dans les cas prévus dans vos Conditions générales ou votre Notice d'information	Dans la limite de 40 heures par an
Garde-malade suite à une hospitalisation de plus de 24 heures	Une fois par an dans la limite de 40 heures
Garde-enfants pendant une hospitalisation de plus de 24 heures	Une fois par an dans la limite de 40 heures
Garde-animaux pendant une hospitalisation de plus de 24 heures	Une fois par an dans la limite de 250 €
Soutien scolaire suite à une immobilisation au domicile ou une hospitalisation	12 semaines par an dans la limite de 15 heures par semaine

Document non contractuel

AXA France Vie - S.A. au capital de 487 725 073,50 € - RCS Nanterre 310 499 959- TVA intracommunautaire n° FR 62 310 499 959. AXA Assurances Vie Mutuelle - Société d'assurance mutuelle sur la vie et de capitalisation à cotisations fixes - Siren 353 457 245 - TVA intracommunautaire n° FR 48 353 457 245 . AXA France IARD - S.A. au capital de 214 799 030 € - RCS Nanterre 722 057 460 - TVA intracommunautaire n° FR 14 722 057 460. AXA Assurances IARD Mutuelle - Société d'assurance mutuelle à cotisations fixes contre l'incendie, les accidents et risques divers - Siren 775 699 309 - TVA intracommunautaire n° FR 39 775 699 309. Sièges sociaux : 313, Terrasses de l'Arche 92727 Nanterre Cedex. Entreprises régies par le Code des assurances.



# Ma Santé 125% Tradi



## avec Modules Hospi + Optique Dentaire

### Règles générales applicables aux garanties

Les mots ou expressions soulignés sont définis dans le lexique de vos Conditions générales ou de votre Notice d'information.

#### Bien comprendre votre tableau de garanties

Nous prenons en charge uniquement les frais qui ont préalablement donné lieu à un remboursement par votre régime obligatoire d'assurance maladie français sauf lorsque cela est explicitement mentionné dans le tableau de garanties.

Vos garanties sont exprimées en pourcentage de la base de remboursement de la Sécurité sociale, en forfait en Euro ou en une combinaison des deux.

■ Les pourcentages intègrent les remboursements de votre régime obligatoire d'assurance maladie. Notre remboursement couvre la différence entre le taux remboursé par la Sécurité sociale et le taux affiché.

■ Les forfaits exprimés en Euro s'entendent par assuré. Lorsqu'ils sont définis par an, il s'agit de l'année d'assurance. Ils viennent en complément des remboursements de votre régime obligatoire d'assurance maladie français sauf indication spécifique. Ces forfaits ne sont pas reportables d'une année sur l'autre.

Les lunettes, aides auditives, soins et prothèses dentaires "100% santé" ne sont pas remboursés en totalité par votre contrat.

Les garanties du tableau sont explicitées dans vos Conditions générales ou votre Notice d'information.

#### Bon à savoir

- Le total des remboursements que vous percevez ne peut en aucun cas dépasser les frais réels engagés.
- La participation forfaitaire ainsi que les franchises sur les médicaments, sur les actes effectués par un auxiliaire médical et sur les transports ne sont pas prises en charge.
- Si vous ne respectez pas le parcours de soins, nous ne prenons pas en charge l'ensemble des pénalités appliquées par la Sécurité sociale (majoration du ticket modérateur, augmentation autorisée des tarifs conventionnels).
- Les montants exprimés « Chez nos partenaires » et « Hors partenaires » ne se cumulent pas.

Des exclusions et des limitations de garanties générales sont indiquées dans vos Conditions générales ou votre Notice d'information. Pour les soins à l'étranger, se reporter à la rubrique « Soins à l'étranger » dans vos Conditions générales ou votre Notice d'information.

HOSPITALISATION		
Honoraires		
Honoraires des médecins (y compris chirurgiens) ayant adhéré à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (DPTAM)	1 <sup>re</sup> année	220% <sup>(1)</sup>
	2 <sup>e</sup> année et +	400% <sup>(1)</sup>
Honoraires des médecins (y compris chirurgiens) n'ayant pas adhéré à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (DPTAM)	1 <sup>re</sup> année	200% <sup>(1)</sup>
	2 <sup>e</sup> année et +	200% <sup>(1)</sup>
<sup>(1)</sup> Les 3 premiers mois d'assurance le taux de remboursement est limité à 100%, sauf en cas d'accident, dans ce cas le taux entier est appliqué, ou en cas de reprise de contrat à la concurrence, dans ce cas le taux de votre ancien contrat est appliqué sans pouvoir excéder les limites prévues au tableau ci-dessus. Cela s'applique à la souscription du contrat et lors de l'ajout d'un bénéficiaire à l'exception des nouveau-nés.		
Frais de séjour		
Ticket modérateur sur le prix de journée ou sur les actes peu coûteux, participation forfaitaire pour les actes coûteux		
- En établissement conventionné		Frais réels
- En établissement non conventionné		100%
Forfait journalier hospitalier		
Forfait journalier hospitalier		
Frais réels		
Chambre particulière et lit pour accompagnant		
Chambre particulière non remboursée par la Sécurité sociale (dans la limite de 30 jours par année d'assurance en moyen séjour)		
75 € /jour		
Lit pour accompagnant non remboursé par la Sécurité sociale		
15 € /jour		
Hospitalisation à domicile (HAD)		
Hospitalisation à domicile (HAD)		
125%		

<b>SOINS COURANTS</b>			
<b>Honoraires médicaux</b>			
Consultations, visites et actes (radio, petite chirurgie) de médecins généralistes et spécialistes ayant adhéré à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (DPTAM)		145%	
Consultations, visites et actes (radio, petite chirurgie) de médecins généralistes et spécialistes n'ayant pas adhéré à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (DPTAM)		125%	
<b>Analyses et examens de laboratoire</b>			
Examens médicaux (biologie, analyse médicale)		125%	
<b>Honoraires paramédicaux</b>			
Auxiliaires médicaux (par exemple : infirmier et infirmière, sage-femme, kinésithérapeute, orthophoniste, orthoptiste)		125%	
<b>Médicaments</b>			
Médicaments à service médical rendu majeur ou important (ex-vignette blanche)		100%	
Médicaments à service médical rendu modéré (ex-vignette bleue)		100%	
Médicaments à service médical rendu faible (ex-vignette orange)		Non pris en charge	
<b>Matériel médical</b>			
Prothèses, pansements, petits matériels et autres produits définis sur la Liste des Produits et Prestations remboursables de la Sécurité sociale (hors lunettes et aides auditives pour lesquelles se référer à leurs lignes spécifiques).		125%	
<b>Médecine douce et prévention</b>			
Médecine douce (ostéopathe, chiropracteur, acupuncteur, pédicure-podologue) non remboursée par la Sécurité sociale		25 € /séance	
- Nombre de séances remboursées toutes spécialités confondues		3 séances /an	
Forfait prévention			
- Sevrage tabagique : Tous les médicaments et produits à base de nicotine prescrits par un médecin, dans un but de sevrage tabagique (avec Autorisation de Mise sur le Marché ou norme Afnor) même non remboursés par la Sécurité sociale		70 € /an	
- Consultation diététicien non remboursée par la Sécurité sociale			
Vaccin antigrippe prescrit même non remboursé par la Sécurité sociale		Frais réels	
<b>TRANSPORT SANITAIRE</b>			
Transports prescrits pour l'hospitalisation ou la médecine de ville		125%	
<b>OPTIQUE</b>			
<b>La prise en charge des lunettes est limitée à une paire tous les 2 ans pour les personnes de 16 ans et plus et à une paire tous les ans pour les enfants de moins de 16 ans</b> , sauf en cas d'évolution de la vue objectivée par une nouvelle prescription médicale ophtalmologique.			
Se reporter à vos Conditions générales ou à votre Notice d'information pour plus de précisions sur les conditions de renouvellement			
<b>Lunettes (Verres et monture)</b>			
		Hors partenaires	Chez nos partenaires
Forfait lunettes à 2 verres simples	1 <sup>re</sup> , 2 <sup>e</sup> année	140 € /lunettes	160 € /lunettes
	3 <sup>e</sup> année	180 € /lunettes	220 € /lunettes
	4 <sup>e</sup> année et +	290 € /lunettes	350 € /lunettes
Forfait lunettes à 1 verre simple et 1 verre complexe ou très complexe	1 <sup>re</sup> , 2 <sup>e</sup> année	140 € /lunettes	160 € /lunettes
	3 <sup>e</sup> année	180 € /lunettes	220 € /lunettes
	4 <sup>e</sup> année et +	290 € /lunettes	350 € /lunettes
Forfait lunettes à 2 verres complexes ou très complexes	1 <sup>re</sup> , 2 <sup>e</sup> année	200 € /lunettes	200 € /lunettes
	3 <sup>e</sup> année	210 € /lunettes	220 € /lunettes
	4 <sup>e</sup> année et +	290 € /lunettes	350 € /lunettes
<b>Lentilles</b>			
Les lentilles prescrites sont prises en charge même si non remboursées par la Sécurité sociale. Le ticket modérateur des lentilles remboursées par la Sécurité sociale est pris en charge même si le forfait annuel est épuisé.		200 € /an	
<b>Chirurgie réfractive</b>			
Opération de la myopie, de l'hypermétropie, de l'astigmatisme et de la presbytie par laser, non remboursée par la Sécurité sociale	1 <sup>re</sup> , 2 <sup>e</sup> année	140 € /an	
	3 <sup>e</sup> année	180 € /an	
	4 <sup>e</sup> année et +	290 € /an	
<b>DENTAIRE</b>			
<b>Soins</b>			
Consultations et soins dentaires (dentistes et chirurgiens-dentistes) ; Parodontologie ; Inlay, onlay		125%	
<b>Prothèses</b>			
Prothèses (couronnes, bridges, appareils amovibles, implants, inlay-core) Le forfait annuel est utilisable pour les implants même si non remboursés par la Sécurité sociale.	1 <sup>re</sup> année	100% + 180 € /an	
	2 <sup>e</sup> année	100% + 230 € /an	
	3 <sup>e</sup> année	100% + 350 € /an	
	4 <sup>e</sup> année et +	100% + 400 € /an	

Orthodontie		
Orthodontie (versé par semestre)	1 <sup>re</sup> , 2 <sup>e</sup> année	140 €/sem. (soit 280 €/an)
	3 <sup>e</sup> année	200 €/sem. (soit 400 €/an)
	4 <sup>e</sup> année et +	275 €/sem. (soit 550 €/an)

## AIDES AUDITIVES

La prise en charge des aides auditives est limitée à un équipement par oreille tous les 4 ans. Ce délai de renouvellement s'entend pour chaque oreille indépendamment.

Appareils auditifs (de classe I ou de classe II)	125%
Accessoires, entretien et piles pour appareil auditif	125%

## CURE THERMALE

Cure thermale Non pris en charge

## ASSISTANCE

La description ci-dessous est un résumé des garanties d'assistance. Se référer à vos Conditions générales ou votre Notice d'information pour avoir la description complète des garanties, des limitations et des conditions d'utilisation.

Aide-ménagère suite à une hospitalisation de plus de 24 heures et par dérogation dans les cas prévus dans vos Conditions générales ou votre Notice d'information	Dans la limite de 40 heures par an
Garde-malade suite à une hospitalisation de plus de 24 heures	Une fois par an dans la limite de 40 heures
Garde-enfants pendant une hospitalisation de plus de 24 heures	Une fois par an dans la limite de 40 heures
Garde-animaux pendant une hospitalisation de plus de 24 heures	Une fois par an dans la limite de 250 €
Soutien scolaire suite à une immobilisation au domicile ou une hospitalisation	12 semaines par an dans la limite de 15 heures par semaine

Document non contractuel

AXA France Vie - S.A. au capital de 487 725 073,50 € - RCS Nanterre 310 499 959- TVA intracommunautaire n° FR 62 310 499 959. AXA Assurances Vie Mutuelle - Société d'assurance mutuelle sur la vie et de capitalisation à cotisations fixes - Siren 353 457 245 - TVA intracommunautaire n° FR 48 353 457 245. AXA France IARD - S.A. au capital de 214 799 030 € - RCS Nanterre 722 057 460 - TVA intracommunautaire n° FR 14 722 057 460. AXA Assurances IARD Mutuelle - Société d'assurance mutuelle à cotisations fixes contre l'incendie, les accidents et risques divers - Siren 775 699 309 - TVA intracommunautaire n° FR 39 775 699 309. Sièges sociaux : 313, Terrasses de l'Arche 92727 Nanterre Cedex. Entreprises régies par le Code des assurances.

Sommaire

MA125NRHOSOD



# Ma Santé 125% Tradi



## avec Modules Hospi + Confort

### Règles générales applicables aux garanties

Les mots ou expressions soulignés sont définis dans le lexique de vos Conditions générales ou de votre Notice d'information.

#### Bien comprendre votre tableau de garanties

Nous prenons en charge uniquement les frais qui ont préalablement donné lieu à un remboursement par votre régime obligatoire d'assurance maladie français sauf lorsque cela est explicitement mentionné dans le tableau de garanties.

Vos garanties sont exprimées en pourcentage de la base de remboursement de la Sécurité sociale, en forfait en Euro ou en une combinaison des deux.

■ Les pourcentages intègrent les remboursements de votre régime obligatoire d'assurance maladie. Notre remboursement couvre la différence entre le taux remboursé par la Sécurité sociale et le taux affiché.

■ Les forfaits exprimés en Euro s'entendent par assuré. Lorsqu'ils sont définis par an, il s'agit de l'année d'assurance. Ils viennent en complément des remboursements de votre régime obligatoire d'assurance maladie français sauf indication spécifique. Ces forfaits ne sont pas reportables d'une année sur l'autre.

Les lunettes, aides auditives, soins et prothèses dentaires "100% santé" ne sont pas remboursés en totalité par votre contrat.

Les garanties du tableau sont explicitées dans vos Conditions générales ou votre Notice d'information.

#### Bon à savoir

- Le total des remboursements que vous percevez ne peut en aucun cas dépasser les frais réels engagés.
- La participation forfaitaire ainsi que les franchises sur les médicaments, sur les actes effectués par un auxiliaire médical et sur les transports ne sont pas prises en charge.
- Si vous ne respectez pas le parcours de soins, nous ne prenons pas en charge l'ensemble des pénalités appliquées par la Sécurité sociale (majoration du ticket modérateur, augmentation autorisée des tarifs conventionnels).
- Les montants exprimés « Chez nos partenaires » et « Hors partenaires » ne se cumulent pas.

Des exclusions et des limitations de garanties générales sont indiquées dans vos Conditions générales ou votre Notice d'information. Pour les soins à l'étranger, se reporter à la rubrique « Soins à l'étranger » dans vos Conditions générales ou votre Notice d'information.

#### HOSPITALISATION

##### Honoraires

Honoraires des médecins (y compris chirurgiens) ayant adhéré à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (DPTAM)	1 <sup>re</sup> année	220% <sup>(1)</sup>
	2 <sup>e</sup> année et +	400% <sup>(1)</sup>
Honoraires des médecins (y compris chirurgiens) n'ayant pas adhéré à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (DPTAM)	1 <sup>re</sup> année	200% <sup>(1)</sup>
	2 <sup>e</sup> année et +	200% <sup>(1)</sup>

<sup>(1)</sup> Les 3 premiers mois d'assurance le taux de remboursement est limité à 100%, sauf en cas d'accident, dans ce cas le taux entier est appliqué, ou en cas de reprise de contrat à la concurrence, dans ce cas le taux de votre ancien contrat est appliqué sans pouvoir excéder les limites prévues au tableau ci-dessus. Cela s'applique à la souscription du contrat et lors de l'ajout d'un bénéficiaire à l'exception des nouveau-nés.

##### Frais de séjour

Ticket modérateur sur le prix de journée ou sur les actes peu coûteux, participation forfaitaire pour les actes coûteux	
- En établissement conventionné	Frais réels
- En établissement non conventionné	100%

##### Forfait journalier hospitalier

Forfait journalier hospitalier	Frais réels
--------------------------------	-------------

##### Chambre particulière et lit pour accompagnant

Chambre particulière non remboursée par la Sécurité sociale (dans la limite de 30 jours par année d'assurance en moyen séjour)	75 € /jour
Lit pour accompagnant non remboursé par la Sécurité sociale	15 € /jour

##### Hospitalisation à domicile (HAD)

Hospitalisation à domicile (HAD)	125%
----------------------------------	------

SOINS COURANTS			
<b>Honoraires médicaux</b>			
Consultations et visites de médecins généralistes et spécialistes ayant adhéré à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (DPTAM)		170%	
Consultations et visites de médecins généralistes et spécialistes n'ayant pas adhéré à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (DPTAM)		150%	
Actes (radio, petite chirurgie) par des médecins ayant adhéré à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (DPTAM)		145%	
Actes (radio, petite chirurgie) par des médecins n'ayant pas adhéré à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (DPTAM)		125%	
<b>Analyses et examens de laboratoire</b>			
Examens médicaux (biologie, analyse médicale)		125%	
<b>Honoraires paramédicaux</b>			
Auxiliaires médicaux (par exemple : infirmier et infirmière, sage-femme, kinésithérapeute, orthophoniste, orthoptiste)		125%	
<b>Médicaments</b>			
Tout médicament remboursé par la Sécurité sociale		100%	
Médicament prescrit et non remboursé		30 € /an	
<b>Matériel médical</b>			
Prothèses, pansements, petits matériels et autres produits définis sur la Liste des Produits et Prestations remboursables de la Sécurité sociale (hors lunettes et aides auditives pour lesquelles se référer à leurs lignes spécifiques).		125%	
<b>Médecine douce et prévention</b>			
Médecine douce (ostéopathe, chiropracteur, acupuncteur, pédicure-podologue) non remboursée par la Sécurité sociale		50 € /séance	
- Nombre de séances remboursées toutes spécialités confondues		3 séances/an	
Forfait prévention			
- Sevrage tabagique : Tous les médicaments et produits à base de nicotine prescrits par un médecin, dans un but de sevrage tabagique (avec Autorisation de Mise sur le Marché ou norme Afnor) même non remboursés par la Sécurité sociale		70 € /an	
- Consultation diététicien non remboursée par la Sécurité sociale			
Vaccin antigrippe prescrit même non remboursé par la Sécurité sociale		Frais réels	
<b>TRANSPORT SANITAIRE</b>			
Transports prescrits pour l'hospitalisation ou la médecine de ville		125%	
<b>OPTIQUE</b>			
<b>La prise en charge des lunettes est limitée à une paire tous les 2 ans pour les personnes de 16 ans et plus et à une paire tous les ans pour les enfants de moins de 16 ans</b> , sauf en cas d'évolution de la vue objectivée par une nouvelle prescription médicale ophtalmologique.			
Se reporter à vos Conditions générales ou à votre Notice d'information pour plus de précisions sur les conditions de renouvellement			
<b>Lunettes (Verres et monture)</b>			
		Hors partenaires	Chez nos partenaires
Forfait lunettes à 2 verres simples	1 <sup>re</sup> , 2 <sup>e</sup> année	70 € /lunettes	80 € /lunettes
	3 <sup>e</sup> année	110 € /lunettes	130 € /lunettes
	4 <sup>e</sup> année et +	170 € /lunettes	200 € /lunettes
Forfait lunettes à 1 verre simple et 1 verre complexe ou très complexe	1 <sup>re</sup> , 2 <sup>e</sup> année	125 € /lunettes	125 € /lunettes
	3 <sup>e</sup> année	130 € /lunettes	140 € /lunettes
	4 <sup>e</sup> année et +	170 € /lunettes	200 € /lunettes
Forfait lunettes à 2 verres complexes ou très complexes (dès la première année)		200 € /lunettes	
<b>Lentilles</b>			
Les lentilles prescrites sont prises en charge même si non remboursées par la Sécurité sociale. Le ticket modérateur des lentilles remboursées par la Sécurité sociale est pris en charge même si le forfait annuel est épuisé.		100 € /an	
<b>Chirurgie réfractive</b>			
Opération de la myopie, de l'hypermétropie, de l'astigmatisme et de la presbytie par laser, non remboursée par la Sécurité sociale	1 <sup>re</sup> , 2 <sup>e</sup> année	60 € /an	
	3 <sup>e</sup> année	80 € /an	
	4 <sup>e</sup> année et +	140 € /an	
<b>DENTAIRE</b>			
<b>Soins</b>			
Consultations et soins dentaires (dentistes et chirurgiens-dentistes) ; Parodontologie ; Inlay, onlay		125%	
<b>Prothèses</b>			
Prothèses (couronnes, bridges, appareils amovibles, implants, inlay-core) Le forfait annuel est utilisable pour les implants même si non remboursés par la Sécurité sociale.	1 <sup>re</sup> année	100% + 100 € /an	
	2 <sup>e</sup> année	100% + 150 € /an	
	3 <sup>e</sup> année et +	100% + 250 € /an	

## Orthodontie

Orthodontie (versé par semestre)	1 <sup>re</sup> , 2 <sup>e</sup> année	100 €/sem. (soit 200 €/an)
	3 <sup>e</sup> année	150 €/sem. (soit 300 €/an)
	4 <sup>e</sup> année et +	200 €/sem. (soit 400 €/an)

## AIDES AUDITIVES

La prise en charge des aides auditives est limitée à un équipement par oreille tous les 4 ans. Ce délai de renouvellement s'entend pour chaque oreille indépendamment.

	Hors partenaires	Chez nos partenaires
Appareils auditifs (de classe I ou de classe II)	125% + 400 €/oreille	125% + 500 €/oreille
Accessoires, entretien et piles pour appareil auditif	125%	

## CURE THERMALE

Forfait de surveillance thermale, pratiques médicales complémentaires par un médecin ayant adhéré à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (DPTAM)	220%
Forfait de surveillance thermale, pratiques médicales complémentaires par un médecin n'ayant pas adhéré à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (DPTAM)	200%
Forfait thermal	200%
Frais d'hébergement et de transport, même si non remboursés par la Sécurité sociale, la cure étant remboursée par la Sécurité sociale	200 €

## ASSISTANCE

La description ci-dessous est un résumé des garanties d'assistance. Se référer à vos Conditions générales ou votre Notice d'information pour avoir la description complète des garanties, des limitations et des conditions d'utilisation.

Aide-ménagère suite à une hospitalisation de plus de 24 heures et par dérogation dans les cas prévus dans vos Conditions générales ou votre Notice d'information	Dans la limite de 40 heures par an
Garde-malade suite à une hospitalisation de plus de 24 heures	Une fois par an dans la limite de 40 heures
Garde-enfants pendant une hospitalisation de plus de 24 heures	Une fois par an dans la limite de 40 heures
Garde-animaux pendant une hospitalisation de plus de 24 heures	Une fois par an dans la limite de 250 €
Soutien scolaire suite à une immobilisation au domicile ou une hospitalisation	12 semaines par an dans la limite de 15 heures par semaine

Document non contractuel

AXA France Vie - S.A. au capital de 487 725 073,50 € - RCS Nanterre 310 499 959- TVA intracommunautaire n° FR 62 310 499 959. AXA Assurances Vie Mutuelle - Société d'assurance mutuelle sur la vie et de capitalisation à cotisations fixes - Siren 353 457 245 - TVA intracommunautaire n° FR 48 353 457 245. AXA France IARD - S.A. au capital de 214 799 030 € - RCS Nanterre 722 057 460 - TVA intracommunautaire n° FR 14 722 057 460. AXA Assurances IARD Mutuelle - Société d'assurance mutuelle à cotisations fixes contre l'incendie, les accidents et risques divers - Siren 775 699 309 - TVA intracommunautaire n° FR 39 775 699 309. Sièges sociaux : 313, Terrasses de l'Arche 92727 Nanterre Cedex. Entreprises régies par le Code des assurances.



# Ma Santé 125 % Tradi



## avec Modules Optique Dentaire + Confort

### Règles générales applicables aux garanties

Les mots ou expressions soulignés sont définis dans le lexique de vos Conditions générales ou de votre Notice d'information.

#### Bien comprendre votre tableau de garanties

Nous prenons en charge uniquement les frais qui ont préalablement donné lieu à un remboursement par votre régime obligatoire d'assurance maladie français sauf lorsque cela est explicitement mentionné dans le tableau de garanties.

Vos garanties sont exprimées en pourcentage de la base de remboursement de la Sécurité sociale, en forfait en Euro ou en une combinaison des deux.

■ Les pourcentages intègrent les remboursements de votre régime obligatoire d'assurance maladie. Notre remboursement couvre la différence entre le taux remboursé par la Sécurité sociale et le taux affiché.

■ Les forfaits exprimés en Euro s'entendent par assuré. Lorsqu'ils sont définis par an, il s'agit de l'année d'assurance. Ils viennent en complément des remboursements de votre régime obligatoire d'assurance maladie français sauf indication spécifique. Ces forfaits ne sont pas reportables d'une année sur l'autre.

Les lunettes, aides auditives, soins et prothèses dentaires "100% santé" ne sont pas remboursés en totalité par votre contrat.

Les garanties du tableau sont explicitées dans vos Conditions générales ou votre Notice d'information.

#### Bon à savoir

- Le total des remboursements que vous percevez ne peut en aucun cas dépasser les frais réels engagés.
- La participation forfaitaire ainsi que les franchises sur les médicaments, sur les actes effectués par un auxiliaire médical et sur les transports ne sont pas prises en charge.
- Si vous ne respectez pas le parcours de soins, nous ne prenons pas en charge l'ensemble des pénalités appliquées par la Sécurité sociale (majoration du ticket modérateur, augmentation autorisée des tarifs conventionnels).
- Les montants exprimés « Chez nos partenaires » et « Hors partenaires » ne se cumulent pas.

Des exclusions et des limitations de garanties générales sont indiquées dans vos Conditions générales ou votre Notice d'information. Pour les soins à l'étranger, se reporter à la rubrique « Soins à l'étranger » dans vos Conditions générales ou votre Notice d'information.

### HOSPITALISATION

#### Honoraires

Honoraires des médecins (y compris chirurgiens) ayant adhéré à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (DPTAM)

145%<sup>(1)</sup>

Honoraires des médecins (y compris chirurgiens) n'ayant pas adhéré à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (DPTAM)

125%<sup>(1)</sup>

<sup>(1)</sup> Les 3 premiers mois d'assurance le taux de remboursement est limité à 100%, sauf en cas d'accident, dans ce cas le taux entier est appliqué, ou en cas de reprise de contrat à la concurrence, dans ce cas le taux de votre ancien contrat est appliqué sans pouvoir excéder les limites prévues au tableau ci-dessus. Cela s'applique à la souscription du contrat et lors de l'ajout d'un bénéficiaire à l'exception des nouveau-nés.

#### Frais de séjour

Ticket modérateur sur le prix de journée ou sur les actes peu coûteux, participation forfaitaire pour les actes coûteux

- En établissement conventionné
- En établissement non conventionné

Frais réels

100%

#### Forfait journalier hospitalier

Forfait journalier hospitalier

Frais réels

#### Chambre particulière et lit pour accompagnant

Chambre particulière non remboursée par la Sécurité sociale (dans la limite de 30 jours par année d'assurance en moyen séjour)

50 € /jour

Lit pour accompagnant non remboursé par la Sécurité sociale

15 € /jour

#### Hospitalisation à domicile (HAD)

Hospitalisation à domicile (HAD)

125%

<b>SOINS COURANTS</b>			
<b>Honoraires médicaux</b>			
Consultations et visites de médecins généralistes et spécialistes ayant adhéré à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (DPTAM)		170%	
Consultations et visites de médecins généralistes et spécialistes n'ayant pas adhéré à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (DPTAM)		150%	
Actes (radio, petite chirurgie) par des médecins ayant adhéré à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (DPTAM)		145%	
Actes (radio, petite chirurgie) par des médecins n'ayant pas adhéré à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (DPTAM)		125%	
<b>Analyses et examens de laboratoire</b>			
Examens médicaux (biologie, analyse médicale)		125%	
<b>Honoraires paramédicaux</b>			
Auxiliaires médicaux (par exemple : infirmier et infirmière, sage-femme, kinésithérapeute, orthophoniste, orthoptiste)		125%	
<b>Médicaments</b>			
Tout médicament remboursé par la Sécurité sociale		100%	
Médicament prescrit et non remboursé		30 € /an	
<b>Matériel médical</b>			
Prothèses, pansements, petits matériels et autres produits définis sur la Liste des Produits et Prestations remboursables de la Sécurité sociale (hors lunettes et aides auditives pour lesquelles se référer à leurs lignes spécifiques).		125%	
<b>Médecine douce et prévention</b>			
Médecine douce (ostéopathe, chiropracteur, acupuncteur, pédicure-podologue) non remboursée par la Sécurité sociale		50 € /séance	
- Nombre de séances remboursées toutes spécialités confondues		3 séances/an	
Forfait prévention			
- Sevrage tabagique : Tous les médicaments et produits à base de nicotine prescrits par un médecin, dans un but de sevrage tabagique (avec Autorisation de Mise sur le Marché ou norme Afnor) même non remboursés par la Sécurité sociale		70 € /an	
- Consultation diététicien non remboursée par la Sécurité sociale			
Vaccin antigrippe prescrit même non remboursé par la Sécurité sociale		Frais réels	
<b>TRANSPORT SANITAIRE</b>			
Transports prescrits pour l'hospitalisation ou la médecine de ville		125%	
<b>OPTIQUE</b>			
<b>La prise en charge des lunettes est limitée à une paire tous les 2 ans pour les personnes de 16 ans et plus et à une paire tous les ans pour les enfants de moins de 16 ans, sauf en cas d'évolution de la vue objectivée par une nouvelle prescription médicale ophtalmologique.</b>			
Se reporter à vos Conditions générales ou à votre Notice d'information pour plus de précisions sur les conditions de renouvellement			
<b>Lunettes (Verres et monture)</b>			
		Hors partenaires	Chez nos partenaires
Forfait lunettes à 2 verres simples	1 <sup>re</sup> , 2 <sup>e</sup> année	140 €/lunettes	160 €/lunettes
	3 <sup>e</sup> année	180 €/lunettes	220 €/lunettes
	4 <sup>e</sup> année et +	290 €/lunettes	350 €/lunettes
Forfait lunettes à 1 verre simple et 1 verre complexe ou très complexe	1 <sup>re</sup> , 2 <sup>e</sup> année	140 €/lunettes	160 €/lunettes
	3 <sup>e</sup> année	180 €/lunettes	220 €/lunettes
	4 <sup>e</sup> année et +	290 €/lunettes	350 €/lunettes
Forfait lunettes à 2 verres complexes ou très complexes	1 <sup>re</sup> , 2 <sup>e</sup> année	200 €/lunettes	200 €/lunettes
	3 <sup>e</sup> année	210 €/lunettes	220 €/lunettes
	4 <sup>e</sup> année et +	290 €/lunettes	350 €/lunettes
<b>Lentilles</b>			
Les lentilles prescrites sont prises en charge même si non remboursées par la Sécurité sociale. Le ticket modérateur des lentilles remboursées par la Sécurité sociale est pris en charge même si le forfait annuel est épuisé.		200 € /an	
<b>Chirurgie réfractive</b>			
Opération de la myopie, de l'hypermétropie, de l'astigmatisme et de la presbytie par laser, non remboursée par la Sécurité sociale	1 <sup>re</sup> , 2 <sup>e</sup> année	140 € /an	
	3 <sup>e</sup> année	180 € /an	
	4 <sup>e</sup> année et +	290 € /an	

<b>DENTAIRE</b>		
<b>Soins</b>		
Consultations et soins dentaires (dentistes et chirurgiens-dentistes) ; Parodontologie ; Inlay, onlay	125%	
<b>Prothèses</b>		
Prothèses (couronnes, bridges, appareils amovibles, implants, inlay-core) Le forfait annuel est utilisable pour les implants même si non remboursés par la Sécurité sociale.	1 <sup>re</sup> année	100% + 180 € /an
	2 <sup>e</sup> année	100% + 230 € /an
	3 <sup>e</sup> année	100% + 350 € /an
	4 <sup>e</sup> année et +	100% + 400 € /an
<b>Orthodontie</b>		
Orthodontie (versé par semestre)	1 <sup>re</sup> , 2 <sup>e</sup> année	140 €/sem. (soit 280 €/an)
	3 <sup>e</sup> année	200 €/sem. (soit 400 €/an)
	4 <sup>e</sup> année et +	275 €/sem. (soit 550 €/an)

### AIDES AUDITIVES

**La prise en charge des aides auditives est limitée à un équipement par oreille tous les 4 ans.** Ce délai de renouvellement s'entend pour chaque oreille indépendamment.

	Hors partenaires	Chez nos partenaires
Appareils auditifs (de classe I ou de classe II)	125% + 400 €/oreille	125% + 500 €/oreille
Accessoires, entretien et piles pour appareil auditif	125%	

### CURE THERMALE

Forfait de surveillance thermique, pratiques médicales complémentaires par un médecin ayant adhéré à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (DPTAM)	220%
Forfait de surveillance thermique, pratiques médicales complémentaires par un médecin n'ayant pas adhéré à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (DPTAM)	200%
Forfait thermal	200%
Frais d'hébergement et de transport, même si non remboursés par la Sécurité sociale, la cure étant remboursée par la Sécurité sociale	200 €

### ASSISTANCE

**La description ci-dessous est un résumé des garanties d'assistance.** Se référer à vos Conditions générales ou votre Notice d'information pour avoir la description complète des garanties, des limitations et des conditions d'utilisation.

Aide-ménagère suite à une hospitalisation de plus de 24 heures et par dérogation dans les cas prévus dans vos Conditions générales ou votre Notice d'information	Dans la limite de 40 heures par an
Garde-malade suite à une hospitalisation de plus de 24 heures	Une fois par an dans la limite de 40 heures
Garde-enfants pendant une hospitalisation de plus de 24 heures	Une fois par an dans la limite de 40 heures
Garde-animaux pendant une hospitalisation de plus de 24 heures	Une fois par an dans la limite de 250 €

Document non contractuel

AXA France Vie - S.A. au capital de 487 725 073,50 € - RCS Nanterre 310 499 959- TVA intracommunautaire n° FR 62 310 499 959. AXA Assurances Vie Mutuelle - Société d'assurance mutuelle sur la vie et de capitalisation à cotisations fixes - Siren 353 457 245 - TVA intracommunautaire n° FR 48 353 457 245. AXA France IARD - S.A. au capital de 214 799 030 € - RCS Nanterre 722 057 460 - TVA intracommunautaire n° FR 14 722 057 460. AXA Assurances IARD Mutuelle - Société d'assurance mutuelle à cotisations fixes contre l'incendie, les accidents et risques divers - Siren 775 699 309 - TVA intracommunautaire n° FR 39 775 699 309. Sièges sociaux : 313, Terrasses de l'Arche 92727 Nanterre Cedex. **Entreprises régies par le Code des assurances.**

Sommaire

MA125NRODCON



# Ma Santé 125% Tradi



## avec Modules Hospi + Optique Dentaire + Confort

### Règles générales applicables aux garanties

Les mots ou expressions soulignés sont définis dans le lexique de vos Conditions générales ou de votre Notice d'information.

#### Bien comprendre votre tableau de garanties

Nous prenons en charge uniquement les frais qui ont préalablement donné lieu à un remboursement par votre régime obligatoire d'assurance maladie français sauf lorsque cela est explicitement mentionné dans le tableau de garanties.

Vos garanties sont exprimées en pourcentage de la base de remboursement de la Sécurité sociale, en forfait en Euro ou en une combinaison des deux.

■ Les pourcentages intègrent les remboursements de votre régime obligatoire d'assurance maladie. Notre remboursement couvre la différence entre le taux remboursé par la Sécurité sociale et le taux affiché.

■ Les forfaits exprimés en Euro s'entendent par assuré. Lorsqu'ils sont définis par an, il s'agit de l'année d'assurance. Ils viennent en complément des remboursements de votre régime obligatoire d'assurance maladie français sauf indication spécifique. Ces forfaits ne sont pas reportables d'une année sur l'autre.

Les lunettes, aides auditives, soins et prothèses dentaires "100% santé" ne sont pas remboursés en totalité par votre contrat.

Les garanties du tableau sont explicitées dans vos Conditions générales ou votre Notice d'information.

#### Bon à savoir

- Le total des remboursements que vous percevez ne peut en aucun cas dépasser les frais réels engagés.
- La participation forfaitaire ainsi que les franchises sur les médicaments, sur les actes effectués par un auxiliaire médical et sur les transports ne sont pas prises en charge.
- Si vous ne respectez pas le parcours de soins, nous ne prenons pas en charge l'ensemble des pénalités appliquées par la Sécurité sociale (majoration du ticket modérateur, augmentation autorisée des tarifs conventionnels).
- Les montants exprimés « Chez nos partenaires » et « Hors partenaires » ne se cumulent pas.

Des exclusions et des limitations de garanties générales sont indiquées dans vos Conditions générales ou votre Notice d'information. Pour les soins à l'étranger, se reporter à la rubrique « Soins à l'étranger » dans vos Conditions générales ou votre Notice d'information.

HOSPITALISATION		
Honoraires		
Honoraires des médecins (y compris chirurgiens) ayant adhéré à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (DPTAM)	1 <sup>re</sup> année	220% <sup>(1)</sup>
	2 <sup>e</sup> année et +	400% <sup>(1)</sup>
Honoraires des médecins (y compris chirurgiens) n'ayant pas adhéré à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (DPTAM)	1 <sup>re</sup> année	200% <sup>(1)</sup>
	2 <sup>e</sup> année et +	200% <sup>(1)</sup>
<sup>(1)</sup> Les 3 premiers mois d'assurance le taux de remboursement est limité à 100%, sauf en cas d'accident, dans ce cas le taux entier est appliqué, ou en cas de reprise de contrat à la concurrence, dans ce cas le taux de votre ancien contrat est appliqué sans pouvoir excéder les limites prévues au tableau ci-dessus. Cela s'applique à la souscription du contrat et lors de l'ajout d'un bénéficiaire à l'exception des nouveau-nés.		
Frais de séjour		
Ticket modérateur sur le prix de journée ou sur les actes peu coûteux, participation forfaitaire pour les actes coûteux		
- En établissement conventionné		Frais réels
- En établissement non conventionné		100%
Forfait journalier hospitalier		
Forfait journalier hospitalier		Frais réels
Chambre particulière et lit pour accompagnant		
Chambre particulière non remboursée par la Sécurité sociale (dans la limite de 30 jours par année d'assurance en moyen séjour)		75 € /jour
Lit pour accompagnant non remboursé par la Sécurité sociale		15 € /jour
Hospitalisation à domicile (HAD)		
Hospitalisation à domicile (HAD)		125%

<b>SOINS COURANTS</b>			
<b>Honoraires médicaux</b>			
Consultations et visites de médecins généralistes et spécialistes ayant adhéré à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (DPTAM)	170%		
Consultations et visites de médecins généralistes et spécialistes n'ayant pas adhéré à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (DPTAM)	150%		
Actes (radio, petite chirurgie) par des médecins ayant adhéré à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (DPTAM)	145%		
Actes (radio, petite chirurgie) par des médecins n'ayant pas adhéré à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (DPTAM)	125%		
<b>Analyses et examens de laboratoire</b>			
Examens médicaux (biologie, analyse médicale)	125%		
<b>Honoraires paramédicaux</b>			
Auxiliaires médicaux (par exemple : infirmier et infirmière, sage-femme, kinésithérapeute, orthophoniste, orthoptiste)	125%		
<b>Médicaments</b>			
Tout médicament remboursé par la Sécurité sociale	100%		
Médicament prescrit et non remboursé	30 € /an		
<b>Matériel médical</b>			
Prothèses, pansements, petits matériels et autres produits définis sur la Liste des Produits et Prestations remboursables de la Sécurité sociale (hors lunettes et aides auditives pour lesquelles se référer à leurs lignes spécifiques).	125%		
<b>Médecine douce et prévention</b>			
Médecine douce (ostéopathe, chiropracteur, acupuncteur, pédicure-podologue) non remboursée par la Sécurité sociale	50 € /séance		
- Nombre de séances remboursées toutes spécialités confondues	3 séances/an		
Forfait prévention			
- Sevrage tabagique : Tous les médicaments et produits à base de nicotine prescrits par un médecin, dans un but de sevrage tabagique (avec Autorisation de Mise sur le Marché ou norme Afnor) même non remboursés par la Sécurité sociale	70 € /an		
- Consultation diététicien non remboursée par la Sécurité sociale			
Vaccin antigrippe prescrit même non remboursé par la Sécurité sociale	Frais réels		
<b>TRANSPORT SANITAIRE</b>			
Transports prescrits pour l'hospitalisation ou la médecine de ville	125%		
<b>OPTIQUE</b>			
<b>La prise en charge des lunettes est limitée à une paire tous les 2 ans pour les personnes de 16 ans et plus et à une paire tous les ans pour les enfants de moins de 16 ans</b> , sauf en cas d'évolution de la vue objectivée par une nouvelle prescription médicale ophtalmologique. Se reporter à vos Conditions générales ou à votre Notice d'information pour plus de précisions sur les conditions de renouvellement			
<b>Lunettes (Verres et monture)</b>			
	Hors partenaires	Chez nos partenaires	
Forfait lunettes à 2 verres simples	1 <sup>re</sup> , 2 <sup>e</sup> année	140 €/lunettes	160 €/lunettes
	3 <sup>e</sup> année	180 €/lunettes	220 €/lunettes
	4 <sup>e</sup> année et +	290 €/lunettes	350 €/lunettes
	1 <sup>re</sup> , 2 <sup>e</sup> année	140 €/lunettes	160 €/lunettes
Forfait lunettes à 1 verre simple et 1 verre complexe ou très complexe	3 <sup>e</sup> année	180 €/lunettes	220 €/lunettes
	4 <sup>e</sup> année et +	290 €/lunettes	350 €/lunettes
	1 <sup>re</sup> , 2 <sup>e</sup> année	200 €/lunettes	200 €/lunettes
Forfait lunettes à 2 verres complexes ou très complexes	3 <sup>e</sup> année	210 €/lunettes	220 €/lunettes
	4 <sup>e</sup> année et +	290 €/lunettes	350 €/lunettes
	1 <sup>re</sup> , 2 <sup>e</sup> année	200 €/lunettes	200 €/lunettes
<b>Lentilles</b>			
Les lentilles prescrites sont prises en charge même si non remboursées par la Sécurité sociale. Le ticket modérateur des lentilles remboursées par la Sécurité sociale est pris en charge même si le forfait annuel est épuisé.	200 € /an		
<b>Chirurgie réfractive</b>			
Opération de la myopie, de l'hypermétropie, de l'astigmatisme et de la presbytie par laser, non remboursée par la Sécurité sociale	1 <sup>re</sup> , 2 <sup>e</sup> année	140 € /an	
	3 <sup>e</sup> année	180 € /an	
	4 <sup>e</sup> année et +	290 € /an	

<b>DENTAIRE</b>		
<b>Soins</b>		
Consultations et soins dentaires (dentistes et chirurgiens-dentistes) ; Parodontologie ; Inlay, onlay	125%	
<b>Prothèses</b>		
Prothèses (couronnes, bridges, appareils amovibles, implants, inlay-core) Le forfait annuel est utilisable pour les implants même si non remboursés par la Sécurité sociale.	1 <sup>re</sup> année	100% + 180 €/an
	2 <sup>e</sup> année	100% + 230 €/an
	3 <sup>e</sup> année	100% + 350 €/an
	4 <sup>e</sup> année et +	100% + 400 €/an
<b>Orthodontie</b>		
Orthodontie (versé par semestre)	1 <sup>re</sup> , 2 <sup>e</sup> année	140 €/sem. (soit 280 €/an)
	3 <sup>e</sup> année	200 €/sem. (soit 400 €/an)
	4 <sup>e</sup> année et +	275 €/sem. (soit 550 €/an)

### **AIDES AUDITIVES**

**La prise en charge des aides auditives est limitée à un équipement par oreille tous les 4 ans.** Ce délai de renouvellement s'entend pour chaque oreille indépendamment.

	Hors partenaires	Chez nos partenaires
Appareils auditifs (de classe I ou de classe II)	125%	125%
Accessoires, entretien et piles pour appareil auditif	+ 400 €/oreille	+ 500 €/oreille

### **CURE THERMALE**

Forfait de surveillance thermale, pratiques médicales complémentaires par un médecin ayant adhéré à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (DPTAM)	220%
Forfait de surveillance thermale, pratiques médicales complémentaires par un médecin n'ayant pas adhéré à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (DPTAM)	200%
Forfait thermal	200%
Frais d'hébergement et de transport, même si non remboursés par la Sécurité sociale, la cure étant remboursée par la Sécurité sociale	200 €

### **ASSISTANCE**

**La description ci-dessous est un résumé des garanties d'assistance.** Se référer à vos Conditions générales ou votre Notice d'information pour avoir la description complète des garanties, des limitations et des conditions d'utilisation.

Aide-ménagère suite à une hospitalisation de plus de 24 heures et par dérogation dans les cas prévus dans vos Conditions générales ou votre Notice d'information	Dans la limite de 40 heures par an
Garde-malade suite à une hospitalisation de plus de 24 heures	Une fois par an dans la limite de 40 heures
Garde-enfants pendant une hospitalisation de plus de 24 heures	Une fois par an dans la limite de 40 heures
Garde-animaux pendant une hospitalisation de plus de 24 heures	Une fois par an dans la limite de 250 €
Soutien scolaire suite à une immobilisation au domicile ou une hospitalisation	12 semaines par an dans la limite de 15 heures par semaine



# Ma Santé 125% Néo



## Règles générales applicables aux garanties

Les mots ou expressions soulignés sont définis dans le lexique de vos Conditions générales ou de votre Notice d'information.

### Bien comprendre votre tableau de garanties

**Nous prenons en charge uniquement les frais qui ont préalablement donné lieu à un remboursement par votre régime obligatoire d'assurance maladie français** sauf lorsque cela est explicitement mentionné dans le tableau de garanties.

Vos garanties sont exprimées **en pourcentage de la base de remboursement de la Sécurité sociale**, en forfait en Euro ou en une combinaison des deux.

■ **Les pourcentages intègrent les remboursements de votre régime obligatoire d'assurance maladie.** Notre remboursement couvre la différence entre le taux remboursé par la Sécurité sociale et le taux affiché.

■ Les forfaits exprimés en Euro s'entendent **par assuré**. Lorsqu'ils sont définis par an, il s'agit de l'année d'assurance. Ils viennent en complément des remboursements de votre régime obligatoire d'assurance maladie français sauf indication spécifique. Ces forfaits ne sont pas reportables d'une année sur l'autre.

Les garanties "100% santé" et les garanties à tarifs limités ou libres ne se cumulent pas.

Les garanties du tableau sont explicitées dans vos Conditions générales ou votre Notice d'information.

### Bon à savoir

- Le total des remboursements que vous percevez ne peut en aucun cas dépasser les frais réels engagés.
- La participation forfaitaire ainsi que les franchises sur les médicaments, sur les actes effectués par un auxiliaire médical et sur les transports ne sont pas prises en charge.
- Si vous ne respectez pas le parcours de soins, nous ne prenons pas en charge l'ensemble des pénalités appliquées par la Sécurité sociale (majoration du ticket modérateur, augmentation autorisée des tarifs conventionnels).

**Des exclusions et des limitations de garanties générales sont indiquées dans vos Conditions générales ou votre Notice d'information. Pour les soins à l'étranger, se reporter à la rubrique « Soins à l'étranger » dans vos Conditions générales ou votre Notice d'information.**

HOSPITALISATION	
<b>Honoraires</b>	
Honoraires des médecins (y compris chirurgiens) ayant adhéré à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (DPTAM)	145% <sup>(1)</sup>
Honoraires des médecins (y compris chirurgiens) n'ayant pas adhéré à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (DPTAM)	125% <sup>(1)</sup>
<sup>(1)</sup> Les 3 premiers mois d'assurance le taux de remboursement est limité à 100%, sauf en cas d'accident, dans ce cas le taux entier est appliqué, ou en cas de reprise de contrat à la concurrence, dans ce cas le taux de votre ancien contrat est appliqué sans pouvoir excéder les limites prévues au tableau ci-dessus. Cela s'applique à la souscription du contrat et lors de l'ajout d'un bénéficiaire à l'exception des nouveau-nés.	
<b>Frais de séjour</b>	
Ticket modérateur sur le prix de journée ou sur les actes peu coûteux, participation forfaitaire pour les actes coûteux	
- En établissement conventionné	Frais réels
- En établissement non conventionné	100%
<b>Forfait journalier hospitalier</b>	
Forfait journalier hospitalier	Frais réels
<b>Chambre particulière et lit pour accompagnant</b>	
Chambre particulière non remboursée par la Sécurité sociale (dans la limite de 30 jours par année d'assurance en moyen séjour)	
- avec nuitée	60 €/jour
- sans nuitée (en ambulatoire)	30 €/jour
Lit pour accompagnant non remboursé par la Sécurité sociale	15 €/jour
<b>Confort à l'hôpital</b>	
Télévision, connexion internet, téléphone (dans la limite de 30 jours par année d'assurance en moyen séjour)	3 €/jour
<b>Hospitalisation à domicile (HAD)</b>	
Hospitalisation à domicile (HAD)	125%

<b>SOINS COURANTS</b>							
<b>Honoraires médicaux</b>							
Consultations, visites et actes (radio, petite chirurgie) de médecins généralistes et spécialistes ayant adhéré à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (DPTAM)	145%						
Consultations, visites et actes (radio, petite chirurgie) de médecins généralistes et spécialistes n'ayant pas adhéré à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (DPTAM)	125%						
<b>Analyses et examens de laboratoire</b>							
Examens médicaux (biologie, analyse médicale)	125%						
<b>Honoraires paramédicaux</b>							
Auxiliaires médicaux (par exemple : infirmier et infirmière, sage-femme, kinésithérapeute, orthophoniste, orthoptiste)	125%						
<b>Médicaments</b>							
Médicaments à service médical rendu majeur ou important (ex-vignette blanche)	100%						
Médicaments à service médical rendu modéré (ex-vignette bleue)	100%						
Médicaments à service médical rendu faible (ex-vignette orange)	Non pris en charge						
<b>Matériel médical</b>							
Prothèses, pansements, petits matériels et autres produits définis sur la Liste des Produits et Prestations remboursables de la Sécurité sociale (hors lunettes et aides auditives pour lesquelles se référer à leurs lignes spécifiques).	125%						
<b>Médecine douce et prévention</b>							
Médecine douce (ostéopathe, chiropracteur, acupuncteur, pédicure-podologue) et psychothérapeute non remboursés par la Sécurité sociale	25 € /séance						
- Nombre de séances remboursées toutes spécialités confondues	<table border="1"> <tr> <td>1<sup>re</sup>, 2<sup>e</sup> année</td> <td>3 séances /an</td> </tr> <tr> <td>3<sup>e</sup> année et +</td> <td>6 séances /an</td> </tr> </table>	1 <sup>re</sup> , 2 <sup>e</sup> année	3 séances /an	3 <sup>e</sup> année et +	6 séances /an		
1 <sup>re</sup> , 2 <sup>e</sup> année	3 séances /an						
3 <sup>e</sup> année et +	6 séances /an						
Forfait prévention							
- Sevrage tabagique : Tous les médicaments et produits à base de nicotine prescrits par un médecin, dans un but de sevrage tabagique (avec Autorisation de Mise sur le Marché ou norme Afnor) même non remboursés par la Sécurité sociale	70 € /an						
- Vaccin antigrippe prescrit même non remboursé par la Sécurité sociale							
- Consultation diététicien non remboursée par la Sécurité sociale							
<b>TRANSPORT SANITAIRE</b>							
Transports prescrits pour l'hospitalisation ou la médecine de ville	125%						
<b>OPTIQUE</b>							
<b>La prise en charge des lunettes est limitée à une paire tous les 2 ans pour les personnes de 16 ans et plus et à une paire tous les ans pour les enfants de moins de 16 ans, sauf en cas d'évolution de la vue objectivée par une nouvelle prescription médicale ophtalmologique.</b>							
Le montant remboursé pour un équipement (2 verres + une monture) est dans tous les cas limité aux plafonds définis par la réglementation des contrats responsables.							
Les forfaits en Euro sur les lunettes (verres ou montures) intègrent le remboursement de la Sécurité sociale et l'éventuel remboursement complémentaire des régimes locaux ou spéciaux (Alsace-Moselle, SNCF, etc.)							
Se reporter à vos Conditions générales ou à votre Notice d'information pour plus de précisions sur les conditions de renouvellement et sur la réglementation applicable.							
<b>Equipements "100% santé"</b>							
Lunettes "100% santé", verres et monture de classe A, telles que définies par la réglementation	Frais réels dans la limite des prix limites de vente définis par la réglementation						
<b>Lunettes à tarifs libres</b>							
Verres de classe B							
La Grille optique A vous permet un remboursement sans reste à charge dans le réseau Itelis sur une sélection de verres et de traitements. Elle définit un forfait de remboursement par verre en fonction de leur correction en dehors du réseau Itelis. La Grille optique A est décrite en annexe de ce document.	Grille optique A 						
Monture de classe B	<table border="1"> <tr> <td>1<sup>re</sup>, 2<sup>e</sup> année</td> <td>50 € pour la monture</td> </tr> <tr> <td>3<sup>e</sup> année</td> <td>75 € pour la monture</td> </tr> <tr> <td>4<sup>e</sup> année et +</td> <td>100 € pour la monture</td> </tr> </table>	1 <sup>re</sup> , 2 <sup>e</sup> année	50 € pour la monture	3 <sup>e</sup> année	75 € pour la monture	4 <sup>e</sup> année et +	100 € pour la monture
1 <sup>re</sup> , 2 <sup>e</sup> année	50 € pour la monture						
3 <sup>e</sup> année	75 € pour la monture						
4 <sup>e</sup> année et +	100 € pour la monture						
<b>Lentilles</b>							
Les lentilles prescrites sont prises en charge même si non remboursées par la Sécurité sociale. Le ticket modérateur des lentilles remboursées par la Sécurité sociale est pris en charge même si le forfait annuel est épuisé.	120 € /an						
<b>Chirurgie réfractive</b>							
Opération de la myopie, de l'hypermétropie, de l'astigmatisme et de la presbytie par laser, non remboursée par la Sécurité sociale	170 € /œil						

<b>DENTAIRE</b>		
<b>Soins</b>		
Consultations et soins dentaires (hors inlays-onlays d'obturation), chirurgie et parodontologie remboursée		125%
<b>Prothèses</b>		
Prothèses à tarifs limités, prothèses à tarifs libres, inlays-onlays d'obturation		
Les prothèses à tarifs limités et les prothèses à tarifs libres sont définies par la réglementation. Pour les prothèses à tarifs limités, notre garantie ne peut dépasser les honoraires limites de facturation réglementaires.	1 <sup>re</sup> , 2 <sup>e</sup> année	100% + 170 € /an
Les prothèses à tarifs limités incluent certaines couronnes céramo-métalliques sur deuxièmes prémolaires et molaires ; les prothèses à tarifs libres incluent certaines couronnes céramo-céramiques (se reporter à vos Conditions générales ou à votre Notice d'information pour trouver plus d'exemples et les références précises à la réglementation).	3 <sup>e</sup> année	100% + 250 € /an
Le forfait en Euro est utilisable pour les implants et la parodontologie non remboursés par la Sécurité sociale.	4 <sup>e</sup> année et +	100% + 300 € /an
<b>Soins et prothèses "100% santé"</b>		
Les soins et prothèses "100% santé" sont définis par la réglementation. Ces prothèses incluent certaines couronnes céramo-métalliques sur incisives, canines et premières prémolaires, certaines couronnes métalliques sur les autres dents (se reporter à vos Conditions générales ou à votre Notice d'information pour trouver plus d'exemples et les références précises à la réglementation).		Frais réels dans la limite des honoraires limites de facturation définis par la réglementation
<b>Orthodontie</b>		
Orthodontie (versé par semestre)	1 <sup>re</sup> , 2 <sup>e</sup> année	100 €/sem. (soit 200 € /an)
	3 <sup>e</sup> année	150 €/sem. (soit 300 € /an)
	4 <sup>e</sup> année et +	200 €/sem. (soit 400 € /an)
<b>AIDES AUDITIVES</b>		
<b>La prise en charge des aides auditives est limitée à un équipement par oreille tous les 4 ans.</b> Ce délai de renouvellement s'entend pour chaque oreille indépendamment.		
Le remboursement d'une aide auditive ne peut pas excéder 1 700 €. Conformément à la réglementation, ce plafond de 1 700 € est calculé en y incluant le remboursement du régime obligatoire et le remboursement complémentaire éventuel des régimes locaux ou spéciaux (Alsace-Moselle, SNCF, etc.), .		
<b>Equipements "100% santé"</b>		
Les aides auditives "100% santé" (classe I) sont définies par la réglementation (se reporter à vos Conditions générales ou à votre Notice d'information).		Frais réels dans la limite des prix limites de vente définis par la réglementation
<b>Aides auditives à tarifs libres</b>		
Aides auditives à tarifs libres (classe II)		710 €/oreille
<b>Accessoires</b>		
Accessoires, entretien et piles pour appareil auditif		125%
<b>CURE THERMALE</b>		
Cure thermale		Non pris en charge
<b>ASSISTANCE</b>		
<b>La description ci-dessous est un résumé des garanties d'assistance.</b> Se référer à vos Conditions générales ou votre Notice d'information pour avoir la description complète des garanties, des limitations et des conditions d'utilisation.		
Aide-ménagère suite à une hospitalisation de plus de 24 heures et par dérogation dans les cas prévus dans vos Conditions générales ou votre Notice d'information		Dans la limite de 40 heures par an
Garde-malade suite à une hospitalisation de plus de 24 heures		Une fois par an dans la limite de 40 heures
Garde-enfants pendant une hospitalisation de plus de 24 heures		Une fois par an dans la limite de 40 heures
Garde-animaux pendant une hospitalisation de plus de 24 heures		Une fois par an dans la limite de 250 €
Soutien scolaire suite à une immobilisation au domicile ou une hospitalisation		12 semaines par an dans la limite de 15 heures par semaine

Document non contractuel

AXA France Vie - S.A. au capital de 487 725 073,50 € - RCS Nanterre 310 499 959- TVA intracommunautaire n° FR 62 310 499 959. AXA Assurances Vie Mutuelle - Société d'assurance mutuelle sur la vie et de capitalisation à cotisations fixes - Siren 353 457 245 - TVA intracommunautaire n° FR 48 353 457 245. AXA France IARD - S.A. au capital de 214 799 030 € - RCS Nanterre 722 057 460 - TVA intracommunautaire n° FR 14 722 057 460. AXA Assurances IARD Mutuelle - Société d'assurance mutuelle à cotisations fixes contre l'incendie, les accidents et risques divers - Siren 775 699 309 - TVA intracommunautaire n° FR 39 775 699 309. Sièges sociaux : 313, Terrasses de l'Arche 92727 Nanterre Cedex. Entreprises régies par le Code des assurances.



# Ma Santé 125% Néo



## avec Module Hospi

### Règles générales applicables aux garanties

Les mots ou expressions soulignés sont définis dans le lexique de vos Conditions générales ou de votre Notice d'information.

#### Bien comprendre votre tableau de garanties

Nous prenons en charge uniquement les frais qui ont préalablement donné lieu à un remboursement par votre régime obligatoire d'assurance maladie français sauf lorsque cela est explicitement mentionné dans le tableau de garanties.

Vos garanties sont exprimées en pourcentage de la base de remboursement de la Sécurité sociale, en forfait en Euro ou en une combinaison des deux.

■ Les pourcentages intègrent les remboursements de votre régime obligatoire d'assurance maladie. Notre remboursement couvre la différence entre le taux remboursé par la Sécurité sociale et le taux affiché.

■ Les forfaits exprimés en Euro s'entendent par assuré. Lorsqu'ils sont définis par an, il s'agit de l'année d'assurance. Ils viennent en complément des remboursements de votre régime obligatoire d'assurance maladie français sauf indication spécifique. Ces forfaits ne sont pas reportables d'une année sur l'autre.

Les garanties "100% santé" et les garanties à tarifs limités ou libres ne se cumulent pas.

Les garanties du tableau sont explicitées dans vos Conditions générales ou votre Notice d'information.

#### Bon à savoir

- Le total des remboursements que vous percevez ne peut en aucun cas dépasser les frais réels engagés.
- La participation forfaitaire ainsi que les franchises sur les médicaments, sur les actes effectués par un auxiliaire médical et sur les transports ne sont pas prises en charge.
- Si vous ne respectez pas le parcours de soins, nous ne prenons pas en charge l'ensemble des pénalités appliquées par la Sécurité sociale (majoration du ticket modérateur, augmentation autorisée des tarifs conventionnels).

Des exclusions et des limitations de garanties générales sont indiquées dans vos Conditions générales ou votre Notice d'information. Pour les soins à l'étranger, se reporter à la rubrique « Soins à l'étranger » dans vos Conditions générales ou votre Notice d'information.

#### HOSPITALISATION

##### Honoraires

Honoraires des médecins (y compris chirurgiens) ayant adhéré à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (DPTAM)	1 <sup>re</sup> année	220% <sup>(1)</sup>
	2 <sup>e</sup> année et +	400% <sup>(1)</sup>
Honoraires des médecins (y compris chirurgiens) n'ayant pas adhéré à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (DPTAM)	1 <sup>re</sup> année	200% <sup>(1)</sup>
	2 <sup>e</sup> année et +	200% <sup>(1)</sup>

<sup>(1)</sup> Les 3 premiers mois d'assurance le taux de remboursement est limité à 100%, sauf en cas d'accident, dans ce cas le taux entier est appliqué, ou en cas de reprise de contrat à la concurrence, dans ce cas le taux de votre ancien contrat est appliqué sans pouvoir excéder les limites prévues au tableau ci-dessus. Cela s'applique à la souscription du contrat et lors de l'ajout d'un bénéficiaire à l'exception des nouveau-nés.

##### Frais de séjour

Ticket modérateur sur le prix de journée ou sur les actes peu coûteux, participation forfaitaire pour les actes coûteux	
- En établissement conventionné	Frais réels
- En établissement non conventionné	100%

##### Forfait journalier hospitalier

Forfait journalier hospitalier	Frais réels
--------------------------------	-------------

##### Chambre particulière et lit pour accompagnant

Chambre particulière non remboursée par la Sécurité sociale (dans la limite de 30 jours par année d'assurance en moyen séjour)	
- avec nuitée	90 € /jour
- sans nuitée (en ambulatoire)	45 € /jour
Lit pour accompagnant non remboursé par la Sécurité sociale	15 € /jour

##### Confort à l'hôpital

Télévision, connexion internet, téléphone (dans la limite de 30 jours par année d'assurance en moyen séjour)	10 € /jour
--	------------

##### Hospitalisation à domicile (HAD)

Hospitalisation à domicile (HAD)	125%
----------------------------------	------

<b>SOINS COURANTS</b>							
<b>Honoraires médicaux</b>							
Consultations, visites et actes (radio, petite chirurgie) de médecins généralistes et spécialistes ayant adhéré à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (DPTAM)	145%						
Consultations, visites et actes (radio, petite chirurgie) de médecins généralistes et spécialistes n'ayant pas adhéré à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (DPTAM)	125%						
<b>Analyses et examens de laboratoire</b>							
Examens médicaux (biologie, analyse médicale)	125%						
<b>Honoraires paramédicaux</b>							
Auxiliaires médicaux (par exemple : infirmier et infirmière, sage-femme, kinésithérapeute, orthophoniste, orthoptiste)	125%						
<b>Médicaments</b>							
Médicaments à service médical rendu majeur ou important (ex-vignette blanche)	100%						
Médicaments à service médical rendu modéré (ex-vignette bleue)	100%						
Médicaments à service médical rendu faible (ex-vignette orange)	Non pris en charge						
<b>Matériel médical</b>							
Prothèses, pansements, petits matériels et autres produits définis sur la Liste des Produits et Prestations remboursables de la Sécurité sociale (hors lunettes et aides auditives pour lesquelles se référer à leurs lignes spécifiques).	125%						
<b>Médecine douce et prévention</b>							
Médecine douce (ostéopathe, chiropracteur, acupuncteur, pédicure-podologue) et psychothérapeute non remboursés par la Sécurité sociale	25 € /séance						
- Nombre de séances remboursées toutes spécialités confondues	<table border="0"> <tr> <td>1<sup>re</sup>, 2<sup>e</sup> année</td> <td>3 séances /an</td> </tr> <tr> <td>3<sup>e</sup> année et +</td> <td>6 séances /an</td> </tr> </table>	1 <sup>re</sup> , 2 <sup>e</sup> année	3 séances /an	3 <sup>e</sup> année et +	6 séances /an		
1 <sup>re</sup> , 2 <sup>e</sup> année	3 séances /an						
3 <sup>e</sup> année et +	6 séances /an						
Forfait prévention							
- Sevrage tabagique : Tous les médicaments et produits à base de nicotine prescrits par un médecin, dans un but de sevrage tabagique (avec Autorisation de Mise sur le Marché ou norme Afnor) même non remboursés par la Sécurité sociale	70 € /an						
- Vaccin antigrippe prescrit même non remboursé par la Sécurité sociale							
- Consultation diététicien non remboursée par la Sécurité sociale							
<b>TRANSPORT SANITAIRE</b>							
Transports prescrits pour l'hospitalisation ou la médecine de ville	125%						
<b>OPTIQUE</b>							
<b>La prise en charge des lunettes est limitée à une paire tous les 2 ans pour les personnes de 16 ans et plus et à une paire tous les ans pour les enfants de moins de 16 ans</b> , sauf en cas d'évolution de la vue objectivée par une nouvelle prescription médicale ophtalmologique.							
Le montant remboursé pour un équipement (2 verres + une monture) est dans tous les cas limité aux plafonds définis par la réglementation des contrats responsables.							
Les forfaits en Euro sur les lunettes (verres ou montures) intègrent le remboursement de la Sécurité sociale et l'éventuel remboursement complémentaire des régimes locaux ou spéciaux (Alsace-Moselle, SNCF, etc.)							
Se reporter à vos Conditions générales ou à votre Notice d'information pour plus de précisions sur les conditions de renouvellement et sur la réglementation applicable.							
<b>Equipements "100% santé"</b>							
Lunettes "100% santé", verres et monture de classe A, telles que définies par la réglementation	Frais réels dans la limite des prix limites de vente définis par la réglementation						
<b>Lunettes à tarifs libres</b>							
Verres de classe B							
La Grille optique A vous permet un remboursement sans reste à charge dans le réseau Itelis sur une sélection de verres et de traitements. Elle définit un forfait de remboursement par verre en fonction de leur correction en dehors du réseau Itelis. La Grille optique A est décrite en annexe de ce document.	Grille optique A 						
Monture de classe B	<table border="0"> <tr> <td>1<sup>re</sup>, 2<sup>e</sup> année</td> <td>50 € pour la monture</td> </tr> <tr> <td>3<sup>e</sup> année</td> <td>75 € pour la monture</td> </tr> <tr> <td>4<sup>e</sup> année et +</td> <td>100 € pour la monture</td> </tr> </table>	1 <sup>re</sup> , 2 <sup>e</sup> année	50 € pour la monture	3 <sup>e</sup> année	75 € pour la monture	4 <sup>e</sup> année et +	100 € pour la monture
1 <sup>re</sup> , 2 <sup>e</sup> année	50 € pour la monture						
3 <sup>e</sup> année	75 € pour la monture						
4 <sup>e</sup> année et +	100 € pour la monture						
<b>Lentilles</b>							
Les lentilles prescrites sont prises en charge même si non remboursées par la Sécurité sociale. Le ticket modérateur des lentilles remboursées par la Sécurité sociale est pris en charge même si le forfait annuel est épuisé.	120 € /an						
<b>Chirurgie réfractive</b>							
Opération de la myopie, de l'hypermétropie, de l'astigmatisme et de la presbytie par laser, non remboursée par la Sécurité sociale	170 € /œil						

<b>DENTAIRE</b>	
<b>Soins</b>	
Consultations et soins dentaires (hors inlays-onlays d'obturation), chirurgie et parodontologie remboursée	125%
<b>Prothèses</b>	
Prothèses à tarifs limités, prothèses à tarifs libres, inlays-onlays d'obturation	
Les prothèses à tarifs limités et les prothèses à tarifs libres sont définies par la réglementation. Pour les prothèses à tarifs limités, notre garantie ne peut dépasser les honoraires limites de facturation réglementaires.	1 <sup>re</sup> , 2 <sup>e</sup> année 100% + 170 €/an
Les prothèses à tarifs limités incluent certaines couronnes céramo-métalliques sur deuxièmes prémolaires et molaires ; les prothèses à tarifs libres incluent certaines couronnes céramo-céramiques (se reporter à vos Conditions générales ou à votre Notice d'information pour trouver plus d'exemples et les références précises à la réglementation).	3 <sup>e</sup> année 100% + 250 €/an
Le forfait en Euro est utilisable pour les implants et la parodontologie non remboursés par la Sécurité sociale.	4 <sup>e</sup> année et + 100% + 300 €/an
<b>Soins et prothèses "100% santé"</b>	
Les soins et prothèses "100% santé" sont définies par la réglementation. Ces prothèses incluent certaines couronnes céramo-métalliques sur incisives, canines et premières prémolaires, certaines couronnes métalliques sur les autres dents (se reporter à vos Conditions générales ou à votre Notice d'information pour trouver plus d'exemples et les références précises à la réglementation).	Frais réels dans la limite des honoraires limites de facturation définis par la réglementation
<b>Orthodontie</b>	
Orthodontie (versé par semestre)	1 <sup>re</sup> , 2 <sup>e</sup> année 100 €/sem. (soit 200 €/an) 3 <sup>e</sup> année 150 €/sem. (soit 300 €/an) 4 <sup>e</sup> année et + 200 €/sem. (soit 400 €/an)
<b>AIDES AUDITIVES</b>	
<b>La prise en charge des aides auditives est limitée à un équipement par oreille tous les 4 ans.</b> Ce délai de renouvellement s'entend pour chaque oreille indépendamment.	
Le remboursement d'une aide auditive ne peut pas excéder 1700 €. Conformément à la réglementation, ce plafond de 1700 € est calculé en y incluant le remboursement du régime obligatoire et le remboursement complémentaire éventuel des régimes locaux ou spéciaux (Alsace-Moselle, SNCF, etc.).	
<b>Equipements "100% santé"</b>	
Les aides auditives "100% santé" (classe I) sont définies par la réglementation (se reporter à vos Conditions générales ou à votre Notice d'information).	Frais réels dans la limite des prix limites de vente définis par la réglementation
<b>Aides auditives à tarifs libres</b>	
Aides auditives à tarifs libres (classe II)	710 €/oreille
<b>Accessoires</b>	
Accessoires, entretien et piles pour appareil auditif	125%
<b>CURE THERMALE</b>	
Cure thermale	Non pris en charge
<b>ASSISTANCE</b>	
<b>La description ci-dessous est un résumé des garanties d'assistance.</b> Se référer à vos Conditions générales ou votre Notice d'information pour avoir la description complète des garanties, des limitations et des conditions d'utilisation.	
Aide-ménagère suite à une hospitalisation de plus de 24 heures et par dérogation dans les cas prévus dans vos Conditions générales ou votre Notice d'information	Dans la limite de 40 heures par an
Garde-malade suite à une hospitalisation de plus de 24 heures	Une fois par an dans la limite de 40 heures
Garde-enfants pendant une hospitalisation de plus de 24 heures	Une fois par an dans la limite de 40 heures
Garde-animaux pendant une hospitalisation de plus de 24 heures	Une fois par an dans la limite de 250 €
Soutien scolaire suite à une immobilisation au domicile ou une hospitalisation	12 semaines par an dans la limite de 15 heures par semaine

Document non contractuel

AXA France Vie - S.A. au capital de 487 725 073,50 € - RCS Nanterre 310 499 959- TVA intracommunautaire n° FR 62 310 499 959. AXA Assurances Vie Mutuelle - Société d'assurance mutuelle sur la vie et de capitalisation à cotisations fixes - Siren 353 457 245 - TVA intracommunautaire n° FR 48 353 457 245. AXA France IARD - S.A. au capital de 214 799 030 € - RCS Nanterre 722 057 460 - TVA intracommunautaire n° FR 14 722 057 460. AXA Assurances IARD Mutuelle - Société d'assurance mutuelle à cotisations fixes contre l'incendie, les accidents et risques divers - Siren 775 699 309 - TVA intracommunautaire n° FR 39 775 699 309. Sièges sociaux : 313, Terrasses de l'Arche 92727 Nanterre Cedex. **Entreprises régies par le Code des assurances.**

Sommaire

MA125RHOS



# Ma Santé 125% Néo



## avec Module Optique Dentaire

### Règles générales applicables aux garanties

Les mots ou expressions soulignés sont définis dans le lexique de vos Conditions générales ou de votre Notice d'information.

#### Bien comprendre votre tableau de garanties

Nous prenons en charge uniquement les frais qui ont préalablement donné lieu à un remboursement par votre régime obligatoire d'assurance maladie français sauf lorsque cela est explicitement mentionné dans le tableau de garanties.

Vos garanties sont exprimées en pourcentage de la base de remboursement de la Sécurité sociale, en forfait en Euro ou en une combinaison des deux.

■ Les pourcentages intègrent les remboursements de votre régime obligatoire d'assurance maladie. Notre remboursement couvre la différence entre le taux remboursé par la Sécurité sociale et le taux affiché.

■ Les forfaits exprimés en Euro s'entendent par assuré. Lorsqu'ils sont définis par an, il s'agit de l'année d'assurance. Ils viennent en complément des remboursements de votre régime obligatoire d'assurance maladie français sauf indication spécifique. Ces forfaits ne sont pas reportables d'une année sur l'autre.

Les garanties "100% santé" et les garanties à tarifs limités ou libres ne se cumulent pas.

Les garanties du tableau sont explicitées dans vos Conditions générales ou votre Notice d'information.

#### Bon à savoir

- Le total des remboursements que vous percevez ne peut en aucun cas dépasser les frais réels engagés.
- La participation forfaitaire ainsi que les franchises sur les médicaments, sur les actes effectués par un auxiliaire médical et sur les transports ne sont pas prises en charge.
- Si vous ne respectez pas le parcours de soins, nous ne prenons pas en charge l'ensemble des pénalités appliquées par la Sécurité sociale (majoration du ticket modérateur, augmentation autorisée des tarifs conventionnels).

Des exclusions et des limitations de garanties générales sont indiquées dans vos Conditions générales ou votre Notice d'information. Pour les soins à l'étranger, se reporter à la rubrique « Soins à l'étranger » dans vos Conditions générales ou votre Notice d'information.

#### HOSPITALISATION

##### Honoraires

Honoraires des médecins (y compris chirurgiens) ayant adhéré à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (DPTAM)

145%<sup>(1)</sup>

Honoraires des médecins (y compris chirurgiens) n'ayant pas adhéré à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (DPTAM)

125%<sup>(1)</sup>

<sup>(1)</sup> Les 3 premiers mois d'assurance le taux de remboursement est limité à 100%, sauf en cas d'accident, dans ce cas le taux entier est appliqué, ou en cas de reprise de contrat à la concurrence, dans ce cas le taux de votre ancien contrat est appliqué sans pouvoir excéder les limites prévues au tableau ci-dessus. Cela s'applique à la souscription du contrat et lors de l'ajout d'un bénéficiaire à l'exception des nouveau-nés.

##### Frais de séjour

Ticket modérateur sur le prix de journée ou sur les actes peu coûteux, participation forfaitaire pour les actes coûteux

- En établissement conventionné
- En établissement non conventionné

Frais réels

100%

##### Forfait journalier hospitalier

Forfait journalier hospitalier

Frais réels

##### Chambre particulière et lit pour accompagnant

Chambre particulière non remboursée par la Sécurité sociale (dans la limite de 30 jours par année d'assurance en moyen séjour)

- avec nuitée
- sans nuitée (en ambulatoire)

60 € /jour

30 € /jour

Lit pour accompagnant non remboursé par la Sécurité sociale

15 € /jour

##### Confort à l'hôpital

Télévision, connexion internet, téléphone (dans la limite de 30 jours par année d'assurance en moyen séjour)

3 € /jour

##### Hospitalisation à domicile (HAD)

Hospitalisation à domicile (HAD)

125%

<b>SOINS COURANTS</b>					
<b>Honoraires médicaux</b>					
Consultations, visites et actes (radio, petite chirurgie) de médecins généralistes et spécialistes ayant adhéré à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (DPTAM)	145%				
Consultations, visites et actes (radio, petite chirurgie) de médecins généralistes et spécialistes n'ayant pas adhéré à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (DPTAM)	125%				
<b>Analyses et examens de laboratoire</b>					
Examens médicaux (biologie, analyse médicale)	125%				
<b>Honoraires paramédicaux</b>					
Auxiliaires médicaux (par exemple : infirmier et infirmière, sage-femme, kinésithérapeute, orthophoniste, orthoptiste)	125%				
<b>Médicaments</b>					
Médicaments à service médical rendu majeur ou important (ex-vignette blanche)	100%				
Médicaments à service médical rendu modéré (ex-vignette bleue)	100%				
Médicaments à service médical rendu faible (ex-vignette orange)	Non pris en charge				
<b>Matériel médical</b>					
Prothèses, pansements, petits matériels et autres produits définis sur la Liste des Produits et Prestations remboursables de la Sécurité sociale (hors lunettes et aides auditives pour lesquelles se référer à leurs lignes spécifiques).	125%				
<b>Médecine douce et prévention</b>					
Médecine douce (ostéopathe, chiropracteur, acupuncteur, pédicure-podologue) et psychothérapeute non remboursés par la Sécurité sociale	25 € /séance				
- Nombre de séances remboursées toutes spécialités confondues	<table border="0"> <tr> <td>1<sup>re</sup>, 2<sup>e</sup> année</td> <td>3 séances /an</td> </tr> <tr> <td>3<sup>e</sup> année et +</td> <td>6 séances /an</td> </tr> </table>	1 <sup>re</sup> , 2 <sup>e</sup> année	3 séances /an	3 <sup>e</sup> année et +	6 séances /an
1 <sup>re</sup> , 2 <sup>e</sup> année	3 séances /an				
3 <sup>e</sup> année et +	6 séances /an				
Forfait prévention					
- Sevrage tabagique : Tous les médicaments et produits à base de nicotine prescrits par un médecin, dans un but de sevrage tabagique (avec Autorisation de Mise sur le Marché ou norme Afnor) même non remboursés par la Sécurité sociale	70 € /an				
- Vaccin antigrippe prescrit même non remboursé par la Sécurité sociale					
- Consultation diététicien non remboursée par la Sécurité sociale					
<b>TRANSPORT SANITAIRE</b>					
Transports prescrits pour l'hospitalisation ou la médecine de ville	125%				
<b>OPTIQUE</b>					
<b>La prise en charge des lunettes est limitée à une paire tous les 2 ans pour les personnes de 16 ans et plus et à une paire tous les ans pour les enfants de moins de 16 ans</b> , sauf en cas d'évolution de la vue objectivée par une nouvelle prescription médicale ophtalmologique.					
Le montant remboursé pour un équipement (2 verres + une monture) est dans tous les cas limité aux plafonds définis par la réglementation des contrats responsables.					
Les forfaits en Euro sur les lunettes (verres ou montures) intègrent le remboursement de la Sécurité sociale et l'éventuel remboursement complémentaire des régimes locaux ou spéciaux (Alsace-Moselle, SNCF, etc.)					
Se reporter à vos Conditions générales ou à votre Notice d'information pour plus de précisions sur les conditions de renouvellement et sur la réglementation applicable.					
<b>Equipements "100% santé"</b>					
Lunettes "100% santé", verres et monture de classe A, telles que définies par la réglementation	Frais réels dans la limite des prix limites de vente définis par la réglementation				
<b>Lunettes à tarifs libres</b>					
Verres de classe B					
La Grille optique B vous permet un remboursement sans reste à charge dans le réseau Itelis sur une sélection de verres et de traitements. Elle définit un forfait de remboursement par verre en fonction de leur correction en dehors du réseau Itelis. La Grille optique B est décrite en annexe de ce document.	Grille optique B 				
Monture de classe B	<table border="0"> <tr> <td>1<sup>re</sup>, 2<sup>e</sup> année</td> <td>75 € pour la monture</td> </tr> <tr> <td>3<sup>e</sup> année et +</td> <td>100 € pour la monture</td> </tr> </table>	1 <sup>re</sup> , 2 <sup>e</sup> année	75 € pour la monture	3 <sup>e</sup> année et +	100 € pour la monture
1 <sup>re</sup> , 2 <sup>e</sup> année	75 € pour la monture				
3 <sup>e</sup> année et +	100 € pour la monture				
<b>Lentilles</b>					
Les lentilles prescrites sont prises en charge même si non remboursées par la Sécurité sociale. Le ticket modérateur des lentilles remboursées par la Sécurité sociale est pris en charge même si le forfait annuel est épuisé.	200 € /an				
<b>Chirurgie réfractive</b>					
Opération de la myopie, de l'hypermétropie, de l'astigmatisme et de la presbytie par laser, non remboursée par la Sécurité sociale	290 € /œil				

<b>DENTAIRE</b>		
<b>Soins</b>		
Consultations et soins dentaires (hors inlays-onlays d'obturation), chirurgie et parodontologie remboursée	150%	
<b>Prothèses</b>		
Prothèses à tarifs limités, prothèses à tarifs libres, inlays-onlays d'obturation		
Les prothèses à tarifs limités et les prothèses à tarifs libres sont définies par la réglementation. Pour les prothèses à tarifs limités, notre garantie ne peut dépasser les honoraires limites de facturation réglementaires.	1 <sup>re</sup> , 2 <sup>e</sup> année	100% + 300 € /an
Les prothèses à tarifs limités incluent certaines couronnes céramo-métalliques sur deuxièmes prémolaires et molaires ; les prothèses à tarifs libres incluent certaines couronnes céramo-céramiques (se reporter à vos Conditions générales ou à votre Notice d'information pour trouver plus d'exemples et les références précises à la réglementation).	3 <sup>e</sup> année	100% + 400 € /an
Le forfait en Euro est utilisable pour les implants et la parodontologie non remboursés par la Sécurité sociale.	4 <sup>e</sup> année et +	100% + 450 € /an
<b>Soins et prothèses "100% santé"</b>		
Les soins et prothèses "100% santé" sont définis par la réglementation. Ces prothèses incluent certaines couronnes céramo-métalliques sur incisives, canines et premières prémolaires, certaines couronnes métalliques sur les autres dents (se reporter à vos Conditions générales ou à votre Notice d'information pour trouver plus d'exemples et les références précises à la réglementation).	Frais réels dans la limite des honoraires limites de facturation définis par la réglementation	
<b>Orthodontie</b>		
Orthodontie (versé par semestre)	1 <sup>re</sup> , 2 <sup>e</sup> année	200 € /sem. (soit 400 € /an)
	3 <sup>e</sup> année	250 € /sem. (soit 500 € /an)
	4 <sup>e</sup> année et +	300 € /sem. (soit 600 € /an)
<b>AIDES AUDITIVES</b>		
<b>La prise en charge des aides auditives est limitée à un équipement par oreille tous les 4 ans.</b> Ce délai de renouvellement s'entend pour chaque oreille indépendamment.		
Le remboursement d'une aide auditive ne peut pas excéder 1 700 €. Conformément à la réglementation, ce plafond de 1 700 € est calculé en y incluant le remboursement du régime obligatoire et le remboursement complémentaire éventuel des régimes locaux ou spéciaux (Alsace-Moselle, SNCF, etc.), .		
<b>Equipements "100% santé"</b>		
Les aides auditives "100% santé" (classe I) sont définies par la réglementation (se reporter à vos Conditions générales ou à votre Notice d'information).	Frais réels dans la limite des prix limites de vente définis par la réglementation	
<b>Aides auditives à tarifs libres</b>		
Aides auditives à tarifs libres (classe II)	710 € /oreille	
<b>Accessoires</b>		
Accessoires, entretien et piles pour appareil auditif	125%	
<b>CURE THERMALE</b>		
Cure thermale	Non pris en charge	
<b>ASSISTANCE</b>		
<b>La description ci-dessous est un résumé des garanties d'assistance.</b> Se référer à vos Conditions générales ou votre Notice d'information pour avoir la description complète des garanties, des limitations et des conditions d'utilisation.		
Aide-ménagère suite à une hospitalisation de plus de 24 heures et par dérogation dans les cas prévus dans vos Conditions générales ou votre Notice d'information	Dans la limite de 40 heures par an	
Garde-malade suite à une hospitalisation de plus de 24 heures	Une fois par an dans la limite de 40 heures	
Garde-enfants pendant une hospitalisation de plus de 24 heures	Une fois par an dans la limite de 40 heures	
Garde-animaux pendant une hospitalisation de plus de 24 heures	Une fois par an dans la limite de 250 €	
Soutien scolaire suite à une immobilisation au domicile ou une hospitalisation	12 semaines par an dans la limite de 15 heures par semaine	



# Ma Santé 125% Néo



## avec Module Confort

### Règles générales applicables aux garanties

Les mots ou expressions soulignés sont définis dans le lexique de vos Conditions générales ou de votre Notice d'information.

#### Bien comprendre votre tableau de garanties

Nous prenons en charge uniquement les frais qui ont préalablement donné lieu à un remboursement par votre régime obligatoire d'assurance maladie français sauf lorsque cela est explicitement mentionné dans le tableau de garanties.

Vos garanties sont exprimées en pourcentage de la base de remboursement de la Sécurité sociale, en forfait en Euro ou en une combinaison des deux.

- Les pourcentages intègrent les remboursements de votre régime obligatoire d'assurance maladie. Notre remboursement couvre la différence entre le taux remboursé par la Sécurité sociale et le taux affiché.
- Les forfaits exprimés en Euro s'entendent par assuré. Lorsqu'ils sont définis par an, il s'agit de l'année d'assurance. Ils viennent en complément des remboursements de votre régime obligatoire d'assurance maladie français sauf indication spécifique. Ces forfaits ne sont pas reportables d'une année sur l'autre.

Les garanties "100% santé" et les garanties à tarifs limités ou libres ne se cumulent pas.

Les garanties du tableau sont explicitées dans vos Conditions générales ou votre Notice d'information.

#### Bon à savoir

- Le total des remboursements que vous percevez ne peut en aucun cas dépasser les frais réels engagés.
- La participation forfaitaire ainsi que les franchises sur les médicaments, sur les actes effectués par un auxiliaire médical et sur les transports ne sont pas prises en charge.
- Si vous ne respectez pas le parcours de soins, nous ne prenons pas en charge l'ensemble des pénalités appliquées par la Sécurité sociale (majoration du ticket modérateur, augmentation autorisée des tarifs conventionnels).

Des exclusions et des limitations de garanties générales sont indiquées dans vos Conditions générales ou votre Notice d'information. Pour les soins à l'étranger, se reporter à la rubrique « Soins à l'étranger » dans vos Conditions générales ou votre Notice d'information.

#### HOSPITALISATION

##### Honoraires

Honoraires des médecins (y compris chirurgiens) ayant adhéré à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (DPTAM)	145% <sup>(1)</sup>
Honoraires des médecins (y compris chirurgiens) n'ayant pas adhéré à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (DPTAM)	125% <sup>(1)</sup>

<sup>(1)</sup> Les 3 premiers mois d'assurance le taux de remboursement est limité à 100%, sauf en cas d'accident, dans ce cas le taux entier est appliqué, ou en cas de reprise de contrat à la concurrence, dans ce cas le taux de votre ancien contrat est appliqué sans pouvoir excéder les limites prévues au tableau ci-dessus. Cela s'applique à la souscription du contrat et lors de l'ajout d'un bénéficiaire à l'exception des nouveau-nés.

##### Frais de séjour

Ticket modérateur sur le prix de journée ou sur les actes peu coûteux, participation forfaitaire pour les actes coûteux	Frais réels
- En établissement conventionné	
- En établissement non conventionné	100%

##### Forfait journalier hospitalier

Forfait journalier hospitalier	Frais réels
--------------------------------	-------------

##### Chambre particulière et lit pour accompagnant

Chambre particulière non remboursée par la Sécurité sociale (dans la limite de 30 jours par année d'assurance en moyen séjour)	
- avec nuitée	60 € /jour
- sans nuitée (en ambulatoire)	30 € /jour

Lit pour accompagnant non remboursé par la Sécurité sociale	15 € /jour
---	------------

##### Confort à l'hôpital

Télévision, connexion internet, téléphone (dans la limite de 30 jours par année d'assurance en moyen séjour)	3 € /jour
--	-----------

##### Hospitalisation à domicile (HAD)

Hospitalisation à domicile (HAD)	125%
----------------------------------	------

<b>SOINS COURANTS</b>							
<b>Honoraires médicaux</b>							
Consultations, visites et actes (radio, petite chirurgie) de médecins généralistes et spécialistes ayant adhéré à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (DPTAM)	145%						
Consultations, visites et actes (radio, petite chirurgie) de médecins généralistes et spécialistes n'ayant pas adhéré à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (DPTAM)	125%						
<b>Analyses et examens de laboratoire</b>							
Examens médicaux (biologie, analyse médicale)	125%						
<b>Honoraires paramédicaux</b>							
Auxiliaires médicaux (par exemple : infirmier et infirmière, sage-femme, kinésithérapeute, orthophoniste, orthoptiste)	125%						
<b>Médicaments</b>							
Tout médicament remboursé par la Sécurité sociale	100%						
Médicament prescrit et non remboursé par la Sécurité sociale	30 € /an						
<b>Matériel médical</b>							
Prothèses, pansements, petits matériels et autres produits définis sur la Liste des Produits et Prestations remboursables de la Sécurité sociale (hors lunettes et aides auditives pour lesquelles se référer à leurs lignes spécifiques).	125%						
<b>Médecine douce et prévention</b>							
Médecine douce (ostéopathe, chiropracteur, acupuncteur, pédicure-podologue) et psychothérapeute non remboursés par la Sécurité sociale	50 €/séance						
- Nombre de séances remboursées toutes spécialités confondues	<table border="0"> <tr> <td>1<sup>re</sup>, 2<sup>e</sup> année</td> <td>3 séances /an</td> </tr> <tr> <td>3<sup>e</sup> année et +</td> <td>6 séances /an</td> </tr> </table>	1 <sup>re</sup> , 2 <sup>e</sup> année	3 séances /an	3 <sup>e</sup> année et +	6 séances /an		
1 <sup>re</sup> , 2 <sup>e</sup> année	3 séances /an						
3 <sup>e</sup> année et +	6 séances /an						
Forfait prévention							
- Sevrage tabagique : Tous les médicaments et produits à base de nicotine prescrits par un médecin, dans un but de sevrage tabagique (avec Autorisation de Mise sur le Marché ou norme Afnor) même non remboursés par la Sécurité sociale							
- Vaccin antigrippe prescrit non remboursé par la Sécurité sociale	70 €/an						
- Consultation diététicien non remboursée par la Sécurité sociale							
- Traitement DMLA par compléments en Oméga 3 prescrit par un médecin et non remboursé par la Sécurité sociale							
- Dépistage de l'ostéoporose prescrit par un médecin et non remboursé par la Sécurité sociale							
<b>TRANSPORT SANITAIRE</b>							
Transports prescrits pour l'hospitalisation ou la médecine de ville	125%						
<b>OPTIQUE</b>							
<b>La prise en charge des lunettes est limitée à une paire tous les 2 ans pour les personnes de 16 ans et plus et à une paire tous les ans pour les enfants de moins de 16 ans</b> , sauf en cas d'évolution de la vue objectivée par une nouvelle prescription médicale ophtalmologique.							
Le montant remboursé pour un équipement (2 verres + une monture) est dans tous les cas limité aux plafonds définis par la réglementation des contrats responsables.							
Les forfaits en Euro sur les lunettes (verres ou montures) intègrent le remboursement de la Sécurité sociale et l'éventuel remboursement complémentaire des régimes locaux ou spéciaux (Alsace-Moselle, SNCF, etc.)							
Se reporter à vos Conditions générales ou à votre Notice d'information pour plus de précisions sur les conditions de renouvellement et sur la réglementation applicable.							
<b>Equipements "100% santé"</b>							
Lunettes "100% santé", verres et monture de classe A, telles que définies par la réglementation	Frais réels dans la limite des prix limites de vente définis par la réglementation						
<b>Lunettes à tarifs libres</b>							
Verres de classe B							
La Grille optique A vous permet un remboursement sans reste à charge dans le réseau Itelis sur une sélection de verres et de traitements. Elle définit un forfait de remboursement par verre en fonction de leur correction en dehors du réseau Itelis. La Grille optique A est décrite en annexe de ce document.							
	Grille optique A 						
Monture de classe B	<table border="0"> <tr> <td>1<sup>re</sup>, 2<sup>e</sup> année</td> <td>50 € pour la monture</td> </tr> <tr> <td>3<sup>e</sup> année</td> <td>75 € pour la monture</td> </tr> <tr> <td>4<sup>e</sup> année et +</td> <td>100 € pour la monture</td> </tr> </table>	1 <sup>re</sup> , 2 <sup>e</sup> année	50 € pour la monture	3 <sup>e</sup> année	75 € pour la monture	4 <sup>e</sup> année et +	100 € pour la monture
1 <sup>re</sup> , 2 <sup>e</sup> année	50 € pour la monture						
3 <sup>e</sup> année	75 € pour la monture						
4 <sup>e</sup> année et +	100 € pour la monture						
<b>Lentilles</b>							
Les lentilles prescrites sont prises en charge même si non remboursées par la Sécurité sociale. Le ticket modérateur des lentilles remboursées par la Sécurité sociale est pris en charge même si le forfait annuel est épuisé.	120 €/an						
<b>Chirurgie réfractive</b>							
Opération de la myopie, de l'hypermétropie, de l'astigmatisme et de la presbytie par laser, non remboursée par la Sécurité sociale	170 €/œil						

## DENTAIRE

### Soins

Consultations et soins dentaires (hors inlays-onlays d'obturation), chirurgie et parodontologie remboursée 125%

### Prothèses

Prothèses à tarifs limités, prothèses à tarifs libres, inlays-onlays d'obturation

Les prothèses à tarifs limités et les prothèses à tarifs libres sont définies par la réglementation. Pour les prothèses à tarifs limités, notre garantie ne peut dépasser les honoraires limites de facturation réglementaires. 1<sup>re</sup>, 2<sup>e</sup> année 100% + 170 € /an

Les prothèses à tarifs limités incluent certaines couronnes céramo-métalliques sur deuxièmes prémolaires et molaires ; les prothèses à tarifs libres incluent certaines couronnes céramo-céramiques (se reporter à vos Conditions générales ou à votre Notice d'information pour trouver plus d'exemples et les références précises à la réglementation). 3<sup>e</sup> année 100% + 250 € /an

Le forfait en Euro est utilisable pour les implants et la parodontologie non remboursés par la Sécurité sociale. 4<sup>e</sup> année et + 100% + 300 € /an

### Soins et prothèses "100% santé"

Les soins et prothèses "100% santé" sont définis par la réglementation.

Ces prothèses incluent certaines couronnes céramo-métalliques sur incisives, canines et premières prémolaires, certaines couronnes métalliques sur les autres dents (se reporter à vos Conditions générales ou à votre Notice d'information pour trouver plus d'exemples et les références précises à la réglementation).

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

### Orthodontie

1<sup>re</sup>, 2<sup>e</sup> année 100 €/sem. (soit 200 € /an)

Orthodontie (versé par semestre) 3<sup>e</sup> année 150 €/sem. (soit 300 € /an)

4<sup>e</sup> année et + 200 €/sem. (soit 400 € /an)

## AIDES AUDITIVES

**La prise en charge des aides auditives est limitée à un équipement par oreille tous les 4 ans.** Ce délai de renouvellement s'entend pour chaque oreille indépendamment.

Le remboursement d'une aide auditive ne peut pas excéder 1 700 €. Conformément à la réglementation, ce plafond de 1 700 € est calculé en y incluant le remboursement du régime obligatoire et le remboursement complémentaire éventuel des régimes locaux ou spéciaux (Alsace-Moselle, SNCF, etc.), .

### Equipements "100% santé"

Les aides auditives "100% santé" (classe I) sont définies par la réglementation (se reporter à vos Conditions générales ou à votre Notice d'information). Frais réels dans la limite des prix limites de vente définis par la réglementation

### Aides auditives à tarifs libres

Aides auditives à tarifs libres (classe II) 760 €/oreille

### Accessoires

Accessoires, entretien et piles pour appareil auditif 150%

## CURE THERMALE

Forfait de surveillance thermale ou pratiques médicales complémentaires par un médecin ayant adhéré à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (DPTAM) 220%

Forfait de surveillance thermale ou pratiques médicales complémentaires par un médecin n'ayant pas adhéré à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (DPTAM) 200%

Forfait thermal 200%

Frais d'hébergement et de transport, même si non remboursés par la Sécurité sociale, la cure étant remboursée par la Sécurité sociale 200 € /an

## ASSISTANCE

**La description ci-dessous est un résumé des garanties d'assistance.** Se référer à vos Conditions générales ou votre Notice d'information pour avoir la description complète des garanties, des limitations et des conditions d'utilisation.

Aide-ménagère suite à une hospitalisation de plus de 24 heures et par dérogation dans les cas prévus dans vos Conditions générales ou votre Notice d'information Dans la limite de 40 heures par an

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

Garde-enfants pendant une hospitalisation de plus de 24 heures Une fois par an dans la limite de 40 heures

Garde-animaux pendant une hospitalisation de plus de 24 heures Une fois par an dans la limite de 250 €

Soutien scolaire suite à une immobilisation au domicile ou une hospitalisation 12 semaines par an dans la limite de 15 heures par semaine

Document non contractuel

AXA France Vie - S.A. au capital de 487 725 073,50 € - RCS Nanterre 310 499 959- TVA intracommunautaire n° FR 62 310 499 959. AXA Assurances Vie Mutuelle - Société d'assurance mutuelle sur la vie et de capitalisation à cotisations fixes - Siren 353 457 245 - TVA intracommunautaire n° FR 48 353 457 245 . AXA France IARD - S.A. au capital de 214 799 030 € - RCS Nanterre 722 057 460 - TVA intracommunautaire n° FR 14 722 057 460. AXA Assurances IARD Mutuelle - Société d'assurance mutuelle à cotisations fixes contre l'incendie, les accidents et risques divers - Siren 775 699 309 - TVA intracommunautaire n° FR 39 775 699 309. Sièges sociaux : 313, Terrasses de l'Arche 92727 Nanterre Cedex. Entreprises régies par le Code des assurances.

Sommaire

MA125RCON



# Ma Santé 125% Néo



## avec Modules Hospi + Optique Dentaire

### Règles générales applicables aux garanties

Les mots ou expressions soulignés sont définis dans le lexique de vos Conditions générales ou de votre Notice d'information.

#### Bien comprendre votre tableau de garanties

Nous prenons en charge uniquement les frais qui ont préalablement donné lieu à un remboursement par votre régime obligatoire d'assurance maladie français sauf lorsque cela est explicitement mentionné dans le tableau de garanties.

Vos garanties sont exprimées en pourcentage de la base de remboursement de la Sécurité sociale, en forfait en Euro ou en une combinaison des deux.

■ Les pourcentages intègrent les remboursements de votre régime obligatoire d'assurance maladie. Notre remboursement couvre la différence entre le taux remboursé par la Sécurité sociale et le taux affiché.

■ Les forfaits exprimés en Euro s'entendent par assuré. Lorsqu'ils sont définis par an, il s'agit de l'année d'assurance. Ils viennent en complément des remboursements de votre régime obligatoire d'assurance maladie français sauf indication spécifique. Ces forfaits ne sont pas reportables d'une année sur l'autre.

Les garanties "100% santé" et les garanties à tarifs limités ou libres ne se cumulent pas.

Les garanties du tableau sont explicitées dans vos Conditions générales ou votre Notice d'information.

#### Bon à savoir

- Le total des remboursements que vous percevez ne peut en aucun cas dépasser les frais réels engagés.
- La participation forfaitaire ainsi que les franchises sur les médicaments, sur les actes effectués par un auxiliaire médical et sur les transports ne sont pas prises en charge.
- Si vous ne respectez pas le parcours de soins, nous ne prenons pas en charge l'ensemble des pénalités appliquées par la Sécurité sociale (majoration du ticket modérateur, augmentation autorisée des tarifs conventionnels).

Des exclusions et des limitations de garanties générales sont indiquées dans vos Conditions générales ou votre Notice d'information. Pour les soins à l'étranger, se reporter à la rubrique « Soins à l'étranger » dans vos Conditions générales ou votre Notice d'information.

#### HOSPITALISATION

##### Honoraires

Honoraires des médecins (y compris chirurgiens) ayant adhéré à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (DPTAM)	1 <sup>re</sup> année	220% <sup>(1)</sup>
	2 <sup>e</sup> année et +	400% <sup>(1)</sup>
Honoraires des médecins (y compris chirurgiens) n'ayant pas adhéré à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (DPTAM)	1 <sup>re</sup> année	200% <sup>(1)</sup>
	2 <sup>e</sup> année et +	200% <sup>(1)</sup>

<sup>(1)</sup> Les 3 premiers mois d'assurance le taux de remboursement est limité à 100%, sauf en cas d'accident, dans ce cas le taux entier est appliqué, ou en cas de reprise de contrat à la concurrence, dans ce cas le taux de votre ancien contrat est appliqué sans pouvoir excéder les limites prévues au tableau ci-dessus. Cela s'applique à la souscription du contrat et lors de l'ajout d'un bénéficiaire à l'exception des nouveau-nés.

##### Frais de séjour

Ticket modérateur sur le prix de journée ou sur les actes peu coûteux, participation forfaitaire pour les actes coûteux	
- En établissement conventionné	Frais réels
- En établissement non conventionné	100%

##### Forfait journalier hospitalier

Forfait journalier hospitalier	Frais réels
--------------------------------	-------------

##### Chambre particulière et lit pour accompagnant

Chambre particulière non remboursée par la Sécurité sociale (dans la limite de 30 jours par année d'assurance en moyen séjour)	
- avec nuitée	90 € /jour
- sans nuitée (en ambulatoire)	45 € /jour
Lit pour accompagnant non remboursé par la Sécurité sociale	15 € /jour

##### Confort à l'hôpital

Télévision, connexion internet, téléphone (dans la limite de 30 jours par année d'assurance en moyen séjour)	10 € /jour
--	------------

##### Hospitalisation à domicile (HAD)

Hospitalisation à domicile (HAD)	125%
----------------------------------	------

## SOINS COURANTS

### Honoraires médicaux

Consultations, visites et actes (radio, petite chirurgie) de médecins généralistes et spécialistes ayant adhéré à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (DPTAM) 145%

Consultations, visites et actes (radio, petite chirurgie) de médecins généralistes et spécialistes n'ayant pas adhéré à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (DPTAM) 125%

### Analyses et examens de laboratoire

Examens médicaux (biologie, analyse médicale) 125%

### Honoraires paramédicaux

Auxiliaires médicaux (par exemple : infirmier et infirmière, sage-femme, kinésithérapeute, orthophoniste, orthoptiste) 125%

### Médicaments

Médicaments à service médical rendu majeur ou important (ex-vignette blanche) 100%

Médicaments à service médical rendu modéré (ex-vignette bleue) 100%

Médicaments à service médical rendu faible (ex-vignette orange) Non pris en charge

### Matériel médical

Prothèses, pansements, petits matériels et autres produits définis sur la Liste des Produits et Prestations remboursables de la Sécurité sociale (hors lunettes et aides auditives pour lesquelles se référer à leurs lignes spécifiques). 125%

### Médecine douce et prévention

Médecine douce (ostéopathe, chiropracteur, acupuncteur, pédicure-podologue) et psychothérapeute non remboursés par la Sécurité sociale 25 € /séance

- Nombre de séances remboursées toutes spécialités confondues

1 <sup>re</sup> , 2 <sup>e</sup> année	3 séances /an
3 <sup>e</sup> année et +	6 séances /an

#### Forfait prévention

- Sevrage tabagique : Tous les médicaments et produits à base de nicotine prescrits par un médecin, dans un but de sevrage tabagique (avec Autorisation de Mise sur le Marché ou norme Afnor) même non remboursés par la Sécurité sociale 70 € /an  
- Vaccin antigrippe prescrit même non remboursé par la Sécurité sociale  
- Consultation diététicien non remboursée par la Sécurité sociale

## TRANSPORT SANITAIRE

Transports prescrits pour l'hospitalisation ou la médecine de ville 125%

## OPTIQUE

**La prise en charge des lunettes est limitée à une paire tous les 2 ans pour les personnes de 16 ans et plus et à une paire tous les ans pour les enfants de moins de 16 ans**, sauf en cas d'évolution de la vue objectivée par une nouvelle prescription médicale ophtalmologique.

Le montant remboursé pour un équipement (2 verres + une monture) est dans tous les cas limité aux plafonds définis par la réglementation des contrats responsables.

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

Se reporter à vos Conditions générales ou à votre Notice d'information pour plus de précisions sur les conditions de renouvellement et sur la réglementation applicable.

### Equipements "100% santé"

Lunettes "100% santé", verres et monture de classe A, telles que définies par la réglementation Frais réels dans la limite des prix limites de vente définis par la réglementation

### Lunettes à tarifs libres

#### Verres de classe B

La Grille optique B vous permet un remboursement sans reste à charge dans le réseau Itelis sur une sélection de verres et de traitements. Elle définit un forfait de remboursement par verre en fonction de leur correction en dehors du réseau Itelis. La Grille optique B est décrite en annexe de ce document.

Grille optique B 

Monture de classe B

1<sup>re</sup>, 2<sup>e</sup> année

75 € pour la monture

3<sup>e</sup> année et +

100 € pour la monture

### Lentilles

Les lentilles prescrites sont prises en charge même si non remboursées par la Sécurité sociale. Le ticket modérateur des lentilles remboursées par la Sécurité sociale est pris en charge même si le forfait annuel est épuisé. 200 € /an

### Chirurgie réfractive

Opération de la myopie, de l'hypermétropie, de l'astigmatisme et de la presbytie par laser, non remboursée par la Sécurité sociale 290 € /œil

<b>DENTAIRE</b>		
<b>Soins</b>		
Consultations et soins dentaires (hors inlays-onlays d'obturation), chirurgie et parodontologie remboursée		150%
<b>Prothèses</b>		
Prothèses à tarifs limités, prothèses à tarifs libres, inlays-onlays d'obturation		
Les prothèses à tarifs limités et les prothèses à tarifs libres sont définies par la réglementation. Pour les prothèses à tarifs limités, notre garantie ne peut dépasser les honoraires limites de facturation réglementaires.	1 <sup>re</sup> , 2 <sup>e</sup> année	100% + 300 € /an
	-----	-----
Les prothèses à tarifs limités incluent certaines couronnes céramo-métalliques sur deuxièmes prémolaires et molaires ; les prothèses à tarifs libres incluent certaines couronnes céramo-céramiques (se reporter à vos Conditions générales ou à votre Notice d'information pour trouver plus d'exemples et les références précises à la réglementation).	3 <sup>e</sup> année	100% + 400 € /an
	-----	-----
Le forfait en Euro est utilisable pour les implants et la parodontologie non remboursés par la Sécurité sociale.	4 <sup>e</sup> année et +	100% + 450 € /an
<b>Soins et prothèses "100% santé"</b>		
Les soins et prothèses "100% santé" sont définis par la réglementation. Ces prothèses incluent certaines couronnes céramo-métalliques sur incisives, canines et premières prémolaires, certaines couronnes métalliques sur les autres dents (se reporter à vos Conditions générales ou à votre Notice d'information pour trouver plus d'exemples et les références précises à la réglementation).		Frais réels dans la limite des honoraires limites de facturation définis par la réglementation
<b>Orthodontie</b>		
	1 <sup>re</sup> , 2 <sup>e</sup> année	200 € /sem. (soit 400 € /an)
	-----	-----
Orthodontie (versé par semestre)	3 <sup>e</sup> année	250 € /sem. (soit 500 € /an)
	-----	-----
	4 <sup>e</sup> année et +	300 € /sem. (soit 600 € /an)
<b>AIDES AUDITIVES</b>		
<b>La prise en charge des aides auditives est limitée à un équipement par oreille tous les 4 ans.</b> Ce délai de renouvellement s'entend pour chaque oreille indépendamment.		
Le remboursement d'une aide auditive ne peut pas excéder 1 700 €. Conformément à la réglementation, ce plafond de 1 700 € est calculé en y incluant le remboursement du régime obligatoire et le remboursement complémentaire éventuel des régimes locaux ou spéciaux (Alsace-Moselle, SNCF, etc.), .		
<b>Equipements "100% santé"</b>		
Les aides auditives "100% santé" (classe I) sont définies par la réglementation (se reporter à vos Conditions générales ou à votre Notice d'information).		Frais réels dans la limite des prix limites de vente définis par la réglementation
<b>Aides auditives à tarifs libres</b>		
Aides auditives à tarifs libres (classe II)		710 € /oreille
<b>Accessoires</b>		
Accessoires, entretien et piles pour appareil auditif		125%
<b>CURE THERMALE</b>		
Cure thermale		Non pris en charge
<b>ASSISTANCE</b>		
<b>La description ci-dessous est un résumé des garanties d'assistance.</b> Se référer à vos Conditions générales ou votre Notice d'information pour avoir la description complète des garanties, des limitations et des conditions d'utilisation.		
Aide-ménagère suite à une hospitalisation de plus de 24 heures et par dérogation dans les cas prévus dans vos Conditions générales ou votre Notice d'information		Dans la limite de 40 heures par an
Garde-malade suite à une hospitalisation de plus de 24 heures		Une fois par an dans la limite de 40 heures
Garde-enfants pendant une hospitalisation de plus de 24 heures		Une fois par an dans la limite de 40 heures
Garde-animaux pendant une hospitalisation de plus de 24 heures		Une fois par an dans la limite de 250 €
Soutien scolaire suite à une immobilisation au domicile ou une hospitalisation		12 semaines par an dans la limite de 15 heures par semaine

Document non contractuel

AXA France Vie - S.A. au capital de 487 725 073,50 € - RCS Nanterre 310 499 959- TVA intracommunautaire n° FR 62 310 499 959. AXA Assurances Vie Mutuelle - Société d'assurance mutuelle sur la vie et de capitalisation à cotisations fixes - Siren 353 457 245 - TVA intracommunautaire n° FR 48 353 457 245. AXA France IARD - S.A. au capital de 214 799 030 € - RCS Nanterre 722 057 460 - TVA intracommunautaire n° FR 14 722 057 460. AXA Assurances IARD Mutuelle - Société d'assurance mutuelle à cotisations fixes contre l'incendie, les accidents et risques divers - Siren 775 699 309 - TVA intracommunautaire n° FR 39 775 699 309. Sièges sociaux : 313, Terrasses de l'Arche 92727 Nanterre Cedex. **Entreprises régies par le Code des assurances.**

Sommaire

MA125RHOSOD



# Ma Santé 125% Néo



## avec Modules Hospi + Confort

### Règles générales applicables aux garanties

Les mots ou expressions soulignés sont définis dans le lexique de vos Conditions générales ou de votre Notice d'information.

#### Bien comprendre votre tableau de garanties

Nous prenons en charge uniquement les frais qui ont préalablement donné lieu à un remboursement par votre régime obligatoire d'assurance maladie français sauf lorsque cela est explicitement mentionné dans le tableau de garanties.

Vos garanties sont exprimées en pourcentage de la base de remboursement de la Sécurité sociale, en forfait en Euro ou en une combinaison des deux.

- Les pourcentages intègrent les remboursements de votre régime obligatoire d'assurance maladie. Notre remboursement couvre la différence entre le taux remboursé par la Sécurité sociale et le taux affiché.
- Les forfaits exprimés en Euro s'entendent par assuré. Lorsqu'ils sont définis par an, il s'agit de l'année d'assurance. Ils viennent en complément des remboursements de votre régime obligatoire d'assurance maladie français sauf indication spécifique. Ces forfaits ne sont pas reportables d'une année sur l'autre.

Les garanties "100% santé" et les garanties à tarifs limités ou libres ne se cumulent pas.

Les garanties du tableau sont explicitées dans vos Conditions générales ou votre Notice d'information.

#### Bon à savoir

- Le total des remboursements que vous percevez ne peut en aucun cas dépasser les frais réels engagés.
- La participation forfaitaire ainsi que les franchises sur les médicaments, sur les actes effectués par un auxiliaire médical et sur les transports ne sont pas prises en charge.
- Si vous ne respectez pas le parcours de soins, nous ne prenons pas en charge l'ensemble des pénalités appliquées par la Sécurité sociale (majoration du ticket modérateur, augmentation autorisée des tarifs conventionnels).

Des exclusions et des limitations de garanties générales sont indiquées dans vos Conditions générales ou votre Notice d'information. Pour les soins à l'étranger, se reporter à la rubrique « Soins à l'étranger » dans vos Conditions générales ou votre Notice d'information.

#### HOSPITALISATION

##### Honoraires

Honoraires des médecins (y compris chirurgiens) ayant adhéré à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (DPTAM)	1 <sup>re</sup> année	220% <sup>(1)</sup>
	2 <sup>e</sup> année et +	400% <sup>(1)</sup>
Honoraires des médecins (y compris chirurgiens) n'ayant pas adhéré à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (DPTAM)	1 <sup>re</sup> année	200% <sup>(1)</sup>
	2 <sup>e</sup> année et +	200% <sup>(1)</sup>

<sup>(1)</sup> Les 3 premiers mois d'assurance le taux de remboursement est limité à 100%, sauf en cas d'accident, dans ce cas le taux entier est appliqué, ou en cas de reprise de contrat à la concurrence, dans ce cas le taux de votre ancien contrat est appliqué sans pouvoir excéder les limites prévues au tableau ci-dessus. Cela s'applique à la souscription du contrat et lors de l'ajout d'un bénéficiaire à l'exception des nouveau-nés.

##### Frais de séjour

Ticket modérateur sur le prix de journée ou sur les actes peu coûteux, participation forfaitaire pour les actes coûteux

- En établissement conventionné
- En établissement non conventionné

Frais réels

100%

##### Forfait journalier hospitalier

Forfait journalier hospitalier

Frais réels

##### Chambre particulière et lit pour accompagnant

Chambre particulière non remboursée par la Sécurité sociale (dans la limite de 30 jours par année d'assurance en moyen séjour)

- avec nuitée
- sans nuitée (en ambulatoire)

90 € /jour

45 € /jour

Lit pour accompagnant non remboursé par la Sécurité sociale

15 € /jour

##### Confort à l'hôpital

Télévision, connexion internet, téléphone (dans la limite de 30 jours par année d'assurance en moyen séjour)

10 € /jour

##### Hospitalisation à domicile (HAD)

Hospitalisation à domicile (HAD)

125%

<b>SOINS COURANTS</b>							
<b>Honoraires médicaux</b>							
Consultations, visites et actes (radio, petite chirurgie) de médecins généralistes et spécialistes ayant adhéré à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (DPTAM)	145%						
Consultations, visites et actes (radio, petite chirurgie) de médecins généralistes et spécialistes n'ayant pas adhéré à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (DPTAM)	125%						
<b>Analyses et examens de laboratoire</b>							
Examens médicaux (biologie, analyse médicale)	125%						
<b>Honoraires paramédicaux</b>							
Auxiliaires médicaux (par exemple : infirmier et infirmière, sage-femme, kinésithérapeute, orthophoniste, orthoptiste)	125%						
<b>Médicaments</b>							
Tout médicament remboursé par la Sécurité sociale	100%						
Médicament prescrit et non remboursé par la Sécurité sociale	30 €/an						
<b>Matériel médical</b>							
Prothèses, pansements, petits matériels et autres produits définis sur la Liste des Produits et Prestations remboursables de la Sécurité sociale (hors lunettes et aides auditives pour lesquelles se référer à leurs lignes spécifiques).	125%						
<b>Médecine douce et prévention</b>							
Médecine douce (ostéopathe, chiropracteur, acupuncteur, pédicure-podologue) et psychothérapeute non remboursés par la Sécurité sociale	50 €/séance						
- Nombre de séances remboursées toutes spécialités confondues	<table border="1"> <tr> <td>1<sup>re</sup>, 2<sup>e</sup> année</td> <td>3 séances /an</td> </tr> <tr> <td>3<sup>e</sup> année et +</td> <td>6 séances /an</td> </tr> </table>	1 <sup>re</sup> , 2 <sup>e</sup> année	3 séances /an	3 <sup>e</sup> année et +	6 séances /an		
1 <sup>re</sup> , 2 <sup>e</sup> année	3 séances /an						
3 <sup>e</sup> année et +	6 séances /an						
Forfait prévention							
- Sevrage tabagique : Tous les médicaments et produits à base de nicotine prescrits par un médecin, dans un but de sevrage tabagique (avec Autorisation de Mise sur le Marché ou norme Afnor) même non remboursés par la Sécurité sociale							
- Vaccin antigrippe prescrit non remboursé par la Sécurité sociale	70 €/an						
- Consultation diététicien non remboursée par la Sécurité sociale							
- Traitement DMLA par compléments en Oméga 3 prescrit par un médecin et non remboursé par la Sécurité sociale							
- Dépistage de l'ostéoporose prescrit par un médecin et non remboursé par la Sécurité sociale							
<b>TRANSPORT SANITAIRE</b>							
Transports prescrits pour l'hospitalisation ou la médecine de ville	125%						
<b>OPTIQUE</b>							
<b>La prise en charge des lunettes est limitée à une paire tous les 2 ans pour les personnes de 16 ans et plus et à une paire tous les ans pour les enfants de moins de 16 ans</b> , sauf en cas d'évolution de la vue objectivée par une nouvelle prescription médicale ophtalmologique.							
Le montant remboursé pour un équipement (2 verres + une monture) est dans tous les cas limité aux plafonds définis par la réglementation des contrats responsables.							
Les forfaits en Euro sur les lunettes (verres ou montures) intègrent le remboursement de la Sécurité sociale et l'éventuel remboursement complémentaire des régimes locaux ou spéciaux (Alsace-Moselle, SNCF, etc.)							
Se reporter à vos Conditions générales ou à votre Notice d'information pour plus de précisions sur les conditions de renouvellement et sur la réglementation applicable.							
<b>Equipements "100% santé"</b>							
Lunettes "100% santé", verres et monture de classe A, telles que définies par la réglementation	Frais réels dans la limite des prix limites de vente définis par la réglementation						
<b>Lunettes à tarifs libres</b>							
Verres de classe B							
La Grille optique A vous permet un remboursement sans reste à charge dans le réseau Itelis sur une sélection de verres et de traitements. Elle définit un forfait de remboursement par verre en fonction de leur correction en dehors du réseau Itelis. La Grille optique A est décrite en annexe de ce document.	Grille optique A 						
Monture de classe B	<table border="1"> <tr> <td>1<sup>re</sup>, 2<sup>e</sup> année</td> <td>50 € pour la monture</td> </tr> <tr> <td>3<sup>e</sup> année</td> <td>75 € pour la monture</td> </tr> <tr> <td>4<sup>e</sup> année et +</td> <td>100 € pour la monture</td> </tr> </table>	1 <sup>re</sup> , 2 <sup>e</sup> année	50 € pour la monture	3 <sup>e</sup> année	75 € pour la monture	4 <sup>e</sup> année et +	100 € pour la monture
1 <sup>re</sup> , 2 <sup>e</sup> année	50 € pour la monture						
3 <sup>e</sup> année	75 € pour la monture						
4 <sup>e</sup> année et +	100 € pour la monture						
<b>Lentilles</b>							
Les lentilles prescrites sont prises en charge même si non remboursées par la Sécurité sociale. Le ticket modérateur des lentilles remboursées par la Sécurité sociale est pris en charge même si le forfait annuel est épuisé.	120 €/an						
<b>Chirurgie réfractive</b>							
Opération de la myopie, de l'hypermétropie, de l'astigmatisme et de la presbytie par laser, non remboursée par la Sécurité sociale	170 €/œil						

<b>DENTAIRE</b>		
<b>Soins</b>		
Consultations et soins dentaires (hors inlays-onlays d'obturation), chirurgie et parodontologie remboursée	125%	
<b>Prothèses</b>		
Prothèses à tarifs limités, prothèses à tarifs libres, inlays-onlays d'obturation		
Les prothèses à tarifs limités et les prothèses à tarifs libres sont définies par la réglementation. Pour les prothèses à tarifs limités, notre garantie ne peut dépasser les honoraires limites de facturation réglementaires.	1 <sup>re</sup> , 2 <sup>e</sup> année	100% + 170 € /an
Les prothèses à tarifs limités incluent certaines couronnes céramo-métalliques sur deuxièmes prémolaires et molaires ; les prothèses à tarifs libres incluent certaines couronnes céramo-céramiques (se reporter à vos Conditions générales ou à votre Notice d'information pour trouver plus d'exemples et les références précises à la réglementation).	3 <sup>e</sup> année	100% + 250 € /an
Le forfait en Euro est utilisable pour les implants et la parodontologie non remboursés par la Sécurité sociale.	4 <sup>e</sup> année et +	100% + 300 € /an
<b>Soins et prothèses "100% santé"</b>		
Les soins et prothèses "100% santé" sont définis par la réglementation. Ces prothèses incluent certaines couronnes céramo-métalliques sur incisives, canines et premières prémolaires, certaines couronnes métalliques sur les autres dents (se reporter à vos Conditions générales ou à votre Notice d'information pour trouver plus d'exemples et les références précises à la réglementation).	Frais réels dans la limite des honoraires limites de facturation définis par la réglementation	
<b>Orthodontie</b>		
Orthodontie (versé par semestre)	1 <sup>re</sup> , 2 <sup>e</sup> année	100 € /sem. (soit 200 € /an)
	3 <sup>e</sup> année	150 € /sem. (soit 300 € /an)
	4 <sup>e</sup> année et +	200 € /sem. (soit 400 € /an)
<b>AIDES AUDITIVES</b>		
<b>La prise en charge des aides auditives est limitée à un équipement par oreille tous les 4 ans.</b> Ce délai de renouvellement s'entend pour chaque oreille indépendamment.		
Le remboursement d'une aide auditive ne peut pas excéder 1 700 €. Conformément à la réglementation, ce plafond de 1 700 € est calculé en y incluant le remboursement du régime obligatoire et le remboursement complémentaire éventuel des régimes locaux ou spéciaux (Alsace-Moselle, SNCF, etc.), .		
<b>Equipements "100% santé"</b>		
Les aides auditives "100% santé" (classe I) sont définies par la réglementation (se reporter à vos Conditions générales ou à votre Notice d'information).	Frais réels dans la limite des prix limites de vente définis par la réglementation	
<b>Aides auditives à tarifs libres</b>		
Aides auditives à tarifs libres (classe II)	760 € /oreille	
<b>Accessoires</b>		
Accessoires, entretien et piles pour appareil auditif	150%	
<b>CURE THERMALE</b>		
Forfait de surveillance thermale ou pratiques médicales complémentaires par un médecin ayant adhéré à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (DPTAM)	220%	
Forfait de surveillance thermale ou pratiques médicales complémentaires par un médecin n'ayant pas adhéré à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (DPTAM)	200%	
Forfait thermal	200%	
Frais d'hébergement et de transport, même si non remboursés par la Sécurité sociale, la cure étant remboursée par la Sécurité sociale	200 € /an	
<b>ASSISTANCE</b>		
<b>La description ci-dessous est un résumé des garanties d'assistance.</b> Se référer à vos Conditions générales ou votre Notice d'information pour avoir la description complète des garanties, des limitations et des conditions d'utilisation.		
Aide-ménagère suite à une hospitalisation de plus de 24 heures et par dérogation dans les cas prévus dans vos Conditions générales ou votre Notice d'information	Dans la limite de 40 heures par an	
Garde-malade suite à une hospitalisation de plus de 24 heures	Une fois par an dans la limite de 40 heures	
Garde-enfants pendant une hospitalisation de plus de 24 heures	Une fois par an dans la limite de 40 heures	
Garde-animaux pendant une hospitalisation de plus de 24 heures	Une fois par an dans la limite de 250 €	
Soutien scolaire suite à une immobilisation au domicile ou une hospitalisation	12 semaines par an dans la limite de 15 heures par semaine	

Document non contractuel

AXA France Vie - S.A. au capital de 487 725 073,50 € - RCS Nanterre 310 499 959- TVA intracommunautaire n° FR 62 310 499 959. AXA Assurances Vie Mutuelle - Société d'assurance mutuelle sur la vie et de capitalisation à cotisations fixes - Siren 353 457 245 - TVA intracommunautaire n° FR 48 353 457 245. AXA France IARD - S.A. au capital de 214 799 030 € - RCS Nanterre 722 057 460 - TVA intracommunautaire n° FR 14 722 057 460. AXA Assurances IARD Mutuelle - Société d'assurance mutuelle à cotisations fixes contre l'incendie, les accidents et risques divers - Siren 775 699 309 - TVA intracommunautaire n° FR 39 775 699 309. Sièges sociaux : 313, Terrasses de l'Arche 92727 Nanterre Cedex. Entreprises régies par le Code des assurances.

Sommaire

MA125RHOSCON



# Ma Santé 125% Néo



## avec Modules Optique Dentaire + Confort

### Règles générales applicables aux garanties

Les mots ou expressions soulignés sont définis dans le lexique de vos Conditions générales ou de votre Notice d'information.

#### Bien comprendre votre tableau de garanties

Nous prenons en charge uniquement les frais qui ont préalablement donné lieu à un remboursement par votre régime obligatoire d'assurance maladie français sauf lorsque cela est explicitement mentionné dans le tableau de garanties.

Vos garanties sont exprimées en pourcentage de la base de remboursement de la Sécurité sociale, en forfait en Euro ou en une combinaison des deux.

■ Les pourcentages intègrent les remboursements de votre régime obligatoire d'assurance maladie. Notre remboursement couvre la différence entre le taux remboursé par la Sécurité sociale et le taux affiché.

■ Les forfaits exprimés en Euro s'entendent par assuré. Lorsqu'ils sont définis par an, il s'agit de l'année d'assurance. Ils viennent en complément des remboursements de votre régime obligatoire d'assurance maladie français sauf indication spécifique. Ces forfaits ne sont pas reportables d'une année sur l'autre.

Les garanties "100% santé" et les garanties à tarifs limités ou libres ne se cumulent pas.

Les garanties du tableau sont explicitées dans vos Conditions générales ou votre Notice d'information.

#### Bon à savoir

- Le total des remboursements que vous percevez ne peut en aucun cas dépasser les frais réels engagés.
- La participation forfaitaire ainsi que les franchises sur les médicaments, sur les actes effectués par un auxiliaire médical et sur les transports ne sont pas prises en charge.
- Si vous ne respectez pas le parcours de soins, nous ne prenons pas en charge l'ensemble des pénalités appliquées par la Sécurité sociale (majoration du ticket modérateur, augmentation autorisée des tarifs conventionnels).

Des exclusions et des limitations de garanties générales sont indiquées dans vos Conditions générales ou votre Notice d'information. Pour les soins à l'étranger, se reporter à la rubrique « Soins à l'étranger » dans vos Conditions générales ou votre Notice d'information.

HOSPITALISATION	
<b>Honoraires</b>	
Honoraires des médecins (y compris chirurgiens) ayant adhéré à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (DPTAM)	145% <sup>(1)</sup>
Honoraires des médecins (y compris chirurgiens) n'ayant pas adhéré à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (DPTAM)	125% <sup>(1)</sup>
<sup>(1)</sup> Les 3 premiers mois d'assurance le taux de remboursement est limité à 100%, sauf en cas d'accident, dans ce cas le taux entier est appliqué, ou en cas de reprise de contrat à la concurrence, dans ce cas le taux de votre ancien contrat est appliqué sans pouvoir excéder les limites prévues au tableau ci-dessus. Cela s'applique à la souscription du contrat et lors de l'ajout d'un bénéficiaire à l'exception des nouveau-nés.	
<b>Frais de séjour</b>	
Ticket modérateur sur le prix de journée ou sur les actes peu coûteux, participation forfaitaire pour les actes coûteux	
- En établissement conventionné	Frais réels
- En établissement non conventionné	100%
<b>Forfait journalier hospitalier</b>	
Forfait journalier hospitalier	Frais réels
<b>Chambre particulière et lit pour accompagnant</b>	
Chambre particulière non remboursée par la Sécurité sociale (dans la limite de 30 jours par année d'assurance en moyen séjour)	
- avec nuitée	60 € /jour
- sans nuitée (en ambulatoire)	30 € /jour
Lit pour accompagnant non remboursé par la Sécurité sociale	15 € /jour
<b>Confort à l'hôpital</b>	
Télévision, connexion internet, téléphone (dans la limite de 30 jours par année d'assurance en moyen séjour)	3 € /jour
<b>Hospitalisation à domicile (HAD)</b>	
Hospitalisation à domicile (HAD)	125%

<b>SOINS COURANTS</b>					
<b>Honoraires médicaux</b>					
Consultations, visites et actes (radio, petite chirurgie) de médecins généralistes et spécialistes ayant adhéré à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (DPTAM)	145%				
Consultations, visites et actes (radio, petite chirurgie) de médecins généralistes et spécialistes n'ayant pas adhéré à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (DPTAM)	125%				
<b>Analyses et examens de laboratoire</b>					
Examens médicaux (biologie, analyse médicale)	125%				
<b>Honoraires paramédicaux</b>					
Auxiliaires médicaux (par exemple : infirmier et infirmière, sage-femme, kinésithérapeute, orthophoniste, orthoptiste)	125%				
<b>Médicaments</b>					
Tout médicament remboursé par la Sécurité sociale	100%				
Médicament prescrit et non remboursé par la Sécurité sociale	30 € /an				
<b>Matériel médical</b>					
Prothèses, pansements, petits matériels et autres produits définis sur la Liste des Produits et Prestations remboursables de la Sécurité sociale (hors lunettes et aides auditives pour lesquelles se référer à leurs lignes spécifiques).	125%				
<b>Médecine douce et prévention</b>					
Médecine douce (ostéopathe, chiropracteur, acupuncteur, pédicure-podologue) et psychothérapeute non remboursés par la Sécurité sociale	50 € /séance				
- Nombre de séances remboursées toutes spécialités confondues	<table border="0"> <tr> <td>1<sup>re</sup>, 2<sup>e</sup> année</td> <td>3 séances /an</td> </tr> <tr> <td>3<sup>e</sup> année et +</td> <td>6 séances /an</td> </tr> </table>	1 <sup>re</sup> , 2 <sup>e</sup> année	3 séances /an	3 <sup>e</sup> année et +	6 séances /an
1 <sup>re</sup> , 2 <sup>e</sup> année	3 séances /an				
3 <sup>e</sup> année et +	6 séances /an				
Forfait prévention					
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sevrage tabagique : Tous les médicaments et produits à base de nicotine prescrits par un médecin, dans un but de sevrage tabagique (avec Autorisation de Mise sur le Marché ou norme Afnor) même non remboursés par la Sécurité sociale</li> <li>- Vaccin antigrippe prescrit non remboursé par la Sécurité sociale</li> <li>- Consultation diététicien non remboursée par la Sécurité sociale</li> <li>- Traitement DMLA par compléments en Oméga 3 prescrit par un médecin et non remboursé par la Sécurité sociale</li> <li>- Dépistage de l'ostéoporose prescrit par un médecin et non remboursé par la Sécurité sociale</li> </ul>					
	70 € /an				
<b>TRANSPORT SANITAIRE</b>					
Transports prescrits pour l'hospitalisation ou la médecine de ville	125%				
<b>OPTIQUE</b>					
<b>La prise en charge des lunettes est limitée à une paire tous les 2 ans pour les personnes de 16 ans et plus et à une paire tous les ans pour les enfants de moins de 16 ans</b> , sauf en cas d'évolution de la vue objectivée par une nouvelle prescription médicale ophtalmologique.					
Le montant remboursé pour un équipement (2 verres + une monture) est dans tous les cas limité aux plafonds définis par la réglementation des contrats responsables.					
Les forfaits en Euro sur les lunettes (verres ou montures) intègrent le remboursement de la Sécurité sociale et l'éventuel remboursement complémentaire des régimes locaux ou spéciaux (Alsace-Moselle, SNCF, etc.)					
Se reporter à vos Conditions générales ou à votre Notice d'information pour plus de précisions sur les conditions de renouvellement et sur la réglementation applicable.					
<b>Equipements "100% santé"</b>					
Lunettes "100% santé", verres et monture de classe A, telles que définies par la réglementation	Frais réels dans la limite des prix limites de vente définis par la réglementation				
<b>Lunettes à tarifs libres</b>					
Verres de classe B					
La Grille optique B vous permet un remboursement sans reste à charge dans le réseau Itelis sur une sélection de verres et de traitements. Elle définit un forfait de remboursement par verre en fonction de leur correction en dehors du réseau Itelis. La Grille optique B est décrite en annexe de ce document.					
	Grille optique B 				
Monture de classe B	<table border="0"> <tr> <td>1<sup>re</sup>, 2<sup>e</sup> année</td> <td>75 € pour la monture</td> </tr> <tr> <td>3<sup>e</sup> année et +</td> <td>100 € pour la monture</td> </tr> </table>	1 <sup>re</sup> , 2 <sup>e</sup> année	75 € pour la monture	3 <sup>e</sup> année et +	100 € pour la monture
1 <sup>re</sup> , 2 <sup>e</sup> année	75 € pour la monture				
3 <sup>e</sup> année et +	100 € pour la monture				
<b>Lentilles</b>					
Les lentilles prescrites sont prises en charge même si non remboursées par la Sécurité sociale. Le ticket modérateur des lentilles remboursées par la Sécurité sociale est pris en charge même si le forfait annuel est épuisé.	200 € /an				
<b>Chirurgie réfractive</b>					
Opération de la myopie, de l'hypermétropie, de l'astigmatisme et de la presbytie par laser, non remboursée par la Sécurité sociale	290 € /œil				

<b>DENTAIRE</b>		
<b>Soins</b>		
Consultations et soins dentaires (hors inlays-onlays d'obturation), chirurgie et parodontologie remboursée		150%
<b>Prothèses</b>		
Prothèses à tarifs limités, prothèses à tarifs libres, inlays-onlays d'obturation		
Les prothèses à tarifs limités et les prothèses à tarifs libres sont définies par la réglementation. Pour les prothèses à tarifs limités, notre garantie ne peut dépasser les honoraires limites de facturation réglementaires.	1 <sup>re</sup> , 2 <sup>e</sup> année	100% + 300 € /an
Les prothèses à tarifs limités incluent certaines couronnes céramo-métalliques sur deuxièmes prémolaires et molaires ; les prothèses à tarifs libres incluent certaines couronnes céramo-céramiques (se reporter à vos Conditions générales ou à votre Notice d'information pour trouver plus d'exemples et les références précises à la réglementation).	3 <sup>e</sup> année	100% + 400 € /an
Le forfait en Euro est utilisable pour les implants et la parodontologie non remboursés par la Sécurité sociale.	4 <sup>e</sup> année et +	100% + 450 € /an
<b>Soins et prothèses "100% santé"</b>		
Les soins et prothèses "100% santé" sont définis par la réglementation. Ces prothèses incluent certaines couronnes céramo-métalliques sur incisives, canines et premières prémolaires, certaines couronnes métalliques sur les autres dents (se reporter à vos Conditions générales ou à votre Notice d'information pour trouver plus d'exemples et les références précises à la réglementation).		Frais réels dans la limite des honoraires limites de facturation définis par la réglementation
<b>Orthodontie</b>		
Orthodontie (versé par semestre)	1 <sup>re</sup> , 2 <sup>e</sup> année	200 € /sem. (soit 400 € /an)
	3 <sup>e</sup> année	250 € /sem. (soit 500 € /an)
	4 <sup>e</sup> année et +	300 € /sem. (soit 600 € /an)
<b>AIDES AUDITIVES</b>		
<b>La prise en charge des aides auditives est limitée à un équipement par oreille tous les 4 ans.</b> Ce délai de renouvellement s'entend pour chaque oreille indépendamment.		
Le remboursement d'une aide auditive ne peut pas excéder 1 700 €. Conformément à la réglementation, ce plafond de 1 700 € est calculé en y incluant le remboursement du régime obligatoire et le remboursement complémentaire éventuel des régimes locaux ou spéciaux (Alsace-Moselle, SNCF, etc.), .		
<b>Equipements "100% santé"</b>		
Les aides auditives "100% santé" (classe I) sont définies par la réglementation (se reporter à vos Conditions générales ou à votre Notice d'information).		Frais réels dans la limite des prix limites de vente définis par la réglementation
<b>Aides auditives à tarifs libres</b>		
Aides auditives à tarifs libres (classe II)		760 € /oreille
<b>Accessoires</b>		
Accessoires, entretien et piles pour appareil auditif		150%
<b>CURE THERMALE</b>		
Forfait de surveillance thermale ou pratiques médicales complémentaires par un médecin ayant adhéré à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (DPTAM)		220%
Forfait de surveillance thermale ou pratiques médicales complémentaires par un médecin n'ayant pas adhéré à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (DPTAM)		200%
Forfait thermal		200%
Frais d'hébergement et de transport, même si non remboursés par la Sécurité sociale, la cure étant remboursée par la Sécurité sociale		200 € /an
<b>ASSISTANCE</b>		
<b>La description ci-dessous est un résumé des garanties d'assistance.</b> Se référer à vos Conditions générales ou votre Notice d'information pour avoir la description complète des garanties, des limitations et des conditions d'utilisation.		
Aide-ménagère suite à une hospitalisation de plus de 24 heures et par dérogation dans les cas prévus dans vos Conditions générales ou votre Notice d'information		Dans la limite de 40 heures par an
Garde-malade suite à une hospitalisation de plus de 24 heures		Une fois par an dans la limite de 40 heures
Garde-enfants pendant une hospitalisation de plus de 24 heures		Une fois par an dans la limite de 40 heures
Garde-animaux pendant une hospitalisation de plus de 24 heures		Une fois par an dans la limite de 250 €
Soutien scolaire suite à une immobilisation au domicile ou une hospitalisation		12 semaines par an dans la limite de 15 heures par semaine

Document non contractuel

AXA France Vie - S.A. au capital de 487 725 073,50 € - RCS Nanterre 310 499 959- TVA intracommunautaire n° FR 62 310 499 959. AXA Assurances Vie Mutuelle - Société d'assurance mutuelle sur la vie et de capitalisation à cotisations fixes - Siren 353 457 245 - TVA intracommunautaire n° FR 48 353 457 245. AXA France IARD - S.A. au capital de 214 799 030 € - RCS Nanterre 722 057 460 - TVA intracommunautaire n° FR 14 722 057 460. AXA Assurances IARD Mutuelle - Société d'assurance mutuelle à cotisations fixes contre l'incendie, les accidents et risques divers - Siren 775 699 309 - TVA intracommunautaire n° FR 39 775 699 309. Sièges sociaux : 313, Terrasses de l'Arche 92727 Nanterre Cedex. **Entreprises régies par le Code des assurances.**

Sommaire

MA125RODCON



# Ma Santé 125% Néo



## avec Modules Hospi + Optique Dentaire + Confort

### Règles générales applicables aux garanties

Les mots ou expressions soulignés sont définis dans le lexique de vos Conditions générales ou de votre Notice d'information.

#### Bien comprendre votre tableau de garanties

Nous prenons en charge uniquement les frais qui ont préalablement donné lieu à un remboursement par votre régime obligatoire d'assurance maladie français sauf lorsque cela est explicitement mentionné dans le tableau de garanties.

Vos garanties sont exprimées en pourcentage de la base de remboursement de la Sécurité sociale, en forfait en Euro ou en une combinaison des deux.

- Les pourcentages intègrent les remboursements de votre régime obligatoire d'assurance maladie. Notre remboursement couvre la différence entre le taux remboursé par la Sécurité sociale et le taux affiché.
- Les forfaits exprimés en Euro s'entendent par assuré. Lorsqu'ils sont définis par an, il s'agit de l'année d'assurance. Ils viennent en complément des remboursements de votre régime obligatoire d'assurance maladie français sauf indication spécifique. Ces forfaits ne sont pas reportables d'une année sur l'autre.

Les garanties "100% santé" et les garanties à tarifs limités ou libres ne se cumulent pas.

Les garanties du tableau sont explicitées dans vos Conditions générales ou votre Notice d'information.

#### Bon à savoir

- Le total des remboursements que vous percevez ne peut en aucun cas dépasser les frais réels engagés.
- La participation forfaitaire ainsi que les franchises sur les médicaments, sur les actes effectués par un auxiliaire médical et sur les transports ne sont pas prises en charge.
- Si vous ne respectez pas le parcours de soins, nous ne prenons pas en charge l'ensemble des pénalités appliquées par la Sécurité sociale (majoration du ticket modérateur, augmentation autorisée des tarifs conventionnels).

Des exclusions et des limitations de garanties générales sont indiquées dans vos Conditions générales ou votre Notice d'information. Pour les soins à l'étranger, se reporter à la rubrique « Soins à l'étranger » dans vos Conditions générales ou votre Notice d'information.

#### HOSPITALISATION

##### Honoraires

Honoraires des médecins (y compris chirurgiens) ayant adhéré à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (DPTAM)	1 <sup>re</sup> année	220% <sup>(1)</sup>
	2 <sup>e</sup> année et +	400% <sup>(1)</sup>
Honoraires des médecins (y compris chirurgiens) n'ayant pas adhéré à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (DPTAM)	1 <sup>re</sup> année	200% <sup>(1)</sup>
	2 <sup>e</sup> année et +	200% <sup>(1)</sup>

<sup>(1)</sup> Les 3 premiers mois d'assurance le taux de remboursement est limité à 100%, sauf en cas d'accident, dans ce cas le taux entier est appliqué, ou en cas de reprise de contrat à la concurrence, dans ce cas le taux de votre ancien contrat est appliqué sans pouvoir excéder les limites prévues au tableau ci-dessus. Cela s'applique à la souscription du contrat et lors de l'ajout d'un bénéficiaire à l'exception des nouveau-nés.

##### Frais de séjour

Ticket modérateur sur le prix de journée ou sur les actes peu coûteux, participation forfaitaire pour les actes coûteux

- En établissement conventionné
- En établissement non conventionné

Frais réels  
100%

##### Forfait journalier hospitalier

Forfait journalier hospitalier

Frais réels

##### Chambre particulière et lit pour accompagnant

Chambre particulière non remboursée par la Sécurité sociale (dans la limite de 30 jours par année d'assurance en moyen séjour)

- avec nuitée
- sans nuitée (en ambulatoire)

90 €/jour  
45 €/jour

Lit pour accompagnant non remboursé par la Sécurité sociale

15 €/jour

##### Confort à l'hôpital

Télévision, connexion internet, téléphone (dans la limite de 30 jours par année d'assurance en moyen séjour)

10 €/jour

##### Hospitalisation à domicile (HAD)

Hospitalisation à domicile (HAD)

125%

Document non contractuel

Sommaire

MA125RHOSODCON

<b>SOINS COURANTS</b>					
<b>Honoraires médicaux</b>					
Consultations, visites et actes (radio, petite chirurgie) de médecins généralistes et spécialistes ayant adhéré à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (DPTAM)	145%				
Consultations, visites et actes (radio, petite chirurgie) de médecins généralistes et spécialistes n'ayant pas adhéré à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (DPTAM)	125%				
<b>Analyses et examens de laboratoire</b>					
Examens médicaux (biologie, analyse médicale)	125%				
<b>Honoraires paramédicaux</b>					
Auxiliaires médicaux (par exemple : infirmier et infirmière, sage-femme, kinésithérapeute, orthophoniste, orthoptiste)	125%				
<b>Médicaments</b>					
Tout médicament remboursé par la Sécurité sociale	100%				
Médicament prescrit et non remboursé par la Sécurité sociale	30 €/an				
<b>Matériel médical</b>					
Prothèses, pansements, petits matériels et autres produits définis sur la Liste des Produits et Prestations remboursables de la Sécurité sociale (hors lunettes et aides auditives pour lesquelles se référer à leurs lignes spécifiques).	125%				
<b>Médecine douce et prévention</b>					
Médecine douce (ostéopathe, chiropracteur, acupuncteur, pédicure-podologue) et psychothérapeute non remboursés par la Sécurité sociale	50 €/séance				
- Nombre de séances remboursées toutes spécialités confondues	<table border="1"> <tr> <td>1<sup>re</sup>, 2<sup>e</sup> année</td> <td>3 séances /an</td> </tr> <tr> <td>3<sup>e</sup> année et +</td> <td>6 séances /an</td> </tr> </table>	1 <sup>re</sup> , 2 <sup>e</sup> année	3 séances /an	3 <sup>e</sup> année et +	6 séances /an
1 <sup>re</sup> , 2 <sup>e</sup> année	3 séances /an				
3 <sup>e</sup> année et +	6 séances /an				
Forfait prévention					
- Sevrage tabagique : Tous les médicaments et produits à base de nicotine prescrits par un médecin, dans un but de sevrage tabagique (avec Autorisation de Mise sur le Marché ou norme Afnor) même non remboursés par la Sécurité sociale					
- Vaccin antigrippe prescrit non remboursé par la Sécurité sociale	70 €/an				
- Consultation diététicien non remboursée par la Sécurité sociale					
- Traitement DMLA par compléments en Oméga 3 prescrit par un médecin et non remboursé par la Sécurité sociale					
- Dépistage de l'ostéoporose prescrit par un médecin et non remboursé par la Sécurité sociale					
<b>TRANSPORT SANITAIRE</b>					
Transports prescrits pour l'hospitalisation ou la médecine de ville	125%				
<b>OPTIQUE</b>					
<b>La prise en charge des lunettes est limitée à une paire tous les 2 ans pour les personnes de 16 ans et plus et à une paire tous les ans pour les enfants de moins de 16 ans, sauf en cas d'évolution de la vue objectivée par une nouvelle prescription médicale ophtalmologique.</b>					
Le montant remboursé pour un équipement (2 verres + une monture) est dans tous les cas limité aux plafonds définis par la réglementation des contrats responsables.					
Les forfaits en Euro sur les lunettes (verres ou montures) intègrent le remboursement de la Sécurité sociale et l'éventuel remboursement complémentaire des régimes locaux ou spéciaux (Alsace-Moselle, SNCF, etc.)					
Se reporter à vos Conditions générales ou à votre Notice d'information pour plus de précisions sur les conditions de renouvellement et sur la réglementation applicable.					
<b>Équipements "100% santé"</b>					
Lunettes "100% santé", verres et monture de classe A, telles que définies par la réglementation	Frais réels dans la limite des prix limites de vente définis par la réglementation				
<b>Lunettes à tarifs libres</b>					
Verres de classe B					
La Grille optique B vous permet un remboursement sans reste à charge dans le réseau Itelis sur une sélection de verres et de traitements. Elle définit un forfait de remboursement par verre en fonction de leur correction en dehors du réseau Itelis.	Grille optique B 				
La Grille optique B est décrite en annexe de ce document.					
Monture de classe B	<table border="1"> <tr> <td>1<sup>re</sup>, 2<sup>e</sup> année</td> <td>75 € pour la monture</td> </tr> <tr> <td>3<sup>e</sup> année et +</td> <td>100 € pour la monture</td> </tr> </table>	1 <sup>re</sup> , 2 <sup>e</sup> année	75 € pour la monture	3 <sup>e</sup> année et +	100 € pour la monture
1 <sup>re</sup> , 2 <sup>e</sup> année	75 € pour la monture				
3 <sup>e</sup> année et +	100 € pour la monture				
<b>Lentilles</b>					
Les lentilles prescrites sont prises en charge même si non remboursées par la Sécurité sociale. Le ticket modérateur des lentilles remboursées par la Sécurité sociale est pris en charge même si le forfait annuel est épuisé.	200 €/an				
<b>Chirurgie réfractive</b>					
Opération de la myopie, de l'hypermétropie, de l'astigmatisme et de la presbytie par laser, non remboursée par la Sécurité sociale	290 €/œil				

<b>DENTAIRE</b>		
<b>Soins</b>		
Consultations et soins dentaires (hors inlays-onlays d'obturation), chirurgie et parodontologie remboursée		150%
<b>Prothèses</b>		
Prothèses à tarifs limités, prothèses à tarifs libres, inlays-onlays d'obturation		
Les prothèses à tarifs limités et les prothèses à tarifs libres sont définies par la réglementation. Pour les prothèses à tarifs limités, notre garantie ne peut dépasser les honoraires limites de facturation réglementaires.	1 <sup>re</sup> , 2 <sup>e</sup> année	100% + 300 € /an
	-----	-----
Les prothèses à tarifs limités incluent certaines couronnes céramo-métalliques sur deuxièmes prémolaires et molaires ; les prothèses à tarifs libres incluent certaines couronnes céramo-céramiques (se reporter à vos Conditions générales ou à votre Notice d'information pour trouver plus d'exemples et les références précises à la réglementation).	3 <sup>e</sup> année	100% + 400 € /an
	-----	-----
Le forfait en Euro est utilisable pour les implants et la parodontologie non remboursés par la Sécurité sociale.	4 <sup>e</sup> année et +	100% + 450 € /an
<b>Soins et prothèses "100% santé"</b>		
Les soins et prothèses "100% santé" sont définis par la réglementation. Ces prothèses incluent certaines couronnes céramo-métalliques sur incisives, canines et premières prémolaires, certaines couronnes métalliques sur les autres dents (se reporter à vos Conditions générales ou à votre Notice d'information pour trouver plus d'exemples et les références précises à la réglementation).		Frais réels dans la limite des honoraires limites de facturation définis par la réglementation
<b>Orthodontie</b>		
	1 <sup>re</sup> , 2 <sup>e</sup> année	200 €/sem. (soit 400 € /an)
	-----	-----
Orthodontie (versé par semestre)	3 <sup>e</sup> année	250 €/sem. (soit 500 € /an)
	-----	-----
	4 <sup>e</sup> année et +	300 €/sem. (soit 600 € /an)
<b>AIDES AUDITIVES</b>		
<b>La prise en charge des aides auditives est limitée à un équipement par oreille tous les 4 ans.</b> Ce délai de renouvellement s'entend pour chaque oreille indépendamment.		
Le remboursement d'une aide auditive ne peut pas excéder 1 700 €. Conformément à la réglementation, ce plafond de 1 700 € est calculé en y incluant le remboursement du régime obligatoire et le remboursement complémentaire éventuel des régimes locaux ou spéciaux (Alsace-Moselle, SNCF, etc.), .		
<b>Equipements "100% santé"</b>		
Les aides auditives "100% santé" (classe I) sont définies par la réglementation (se reporter à vos Conditions générales ou à votre Notice d'information).		Frais réels dans la limite des prix limites de vente définis par la réglementation
<b>Aides auditives à tarifs libres</b>		
Aides auditives à tarifs libres (classe II)		760 € /oreille
<b>Accessoires</b>		
Accessoires, entretien et piles pour appareil auditif		150%
<b>CURE THERMALE</b>		
Forfait de surveillance thermale ou pratiques médicales complémentaires par un médecin ayant adhéré à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (DPTAM)		220%
	-----	-----
Forfait de surveillance thermale ou pratiques médicales complémentaires par un médecin n'ayant pas adhéré à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (DPTAM)		200%
	-----	-----
Forfait thermal		200%
	-----	-----
Frais d'hébergement et de transport, même si non remboursés par la Sécurité sociale, la cure étant remboursée par la Sécurité sociale		200 € /an
<b>ASSISTANCE</b>		
<b>La description ci-dessous est un résumé des garanties d'assistance.</b> Se référer à vos Conditions générales ou votre Notice d'information pour avoir la description complète des garanties, des limitations et des conditions d'utilisation.		
Aide-ménagère suite à une hospitalisation de plus de 24 heures et par dérogation dans les cas prévus dans vos Conditions générales ou votre Notice d'information		Dans la limite de 40 heures par an
	-----	-----
Garde-malade suite à une hospitalisation de plus de 24 heures		Une fois par an dans la limite de 40 heures
	-----	-----
Garde-enfants pendant une hospitalisation de plus de 24 heures		Une fois par an dans la limite de 40 heures
	-----	-----
Garde-animaux pendant une hospitalisation de plus de 24 heures		Une fois par an dans la limite de 250 €
	-----	-----
Soutien scolaire suite à une immobilisation au domicile ou une hospitalisation		12 semaines par an dans la limite de 15 heures par semaine

Document non contractuel

AXA France Vie - S.A. au capital de 487 725 073,50 € - RCS Nanterre 310 499 959- TVA intracommunautaire n° FR 62 310 499 959. AXA Assurances Vie Mutuelle - Société d'assurance mutuelle sur la vie et de capitalisation à cotisations fixes - Siren 353 457 245 - TVA intracommunautaire n° FR 48 353 457 245 . AXA France IARD - S.A. au capital de 214 799 030 € - RCS Nanterre 722 057 460 - TVA intracommunautaire n° FR 14 722 057 460. AXA Assurances IARD Mutuelle - Société d'assurance mutuelle à cotisations fixes contre l'incendie, les accidents et risques divers - Siren 775 699 309 - TVA intracommunautaire n° FR 39 775 699 309. Sièges sociaux : 313, Terrasses de l'Arche 92727 Nanterre Cedex. Entreprises régies par le Code des assurances.

Sommaire

MA125RHOSODCON



# Ma Santé 150 % Néo



## Règles générales applicables aux garanties

Les mots ou expressions soulignés sont définis dans le lexique de vos Conditions générales ou de votre Notice d'information.

### Bien comprendre votre tableau de garanties

**Nous prenons en charge uniquement les frais qui ont préalablement donné lieu à un remboursement par votre régime obligatoire d'assurance maladie français** sauf lorsque cela est explicitement mentionné dans le tableau de garanties.

Vos garanties sont exprimées **en pourcentage de la base de remboursement de la Sécurité sociale**, en forfait en Euro ou en une combinaison des deux.

■ **Les pourcentages intègrent les remboursements de votre régime obligatoire d'assurance maladie.** Notre remboursement couvre la différence entre le taux remboursé par la Sécurité sociale et le taux affiché.

■ Les forfaits exprimés en Euro s'entendent **par assuré**. Lorsqu'ils sont définis par an, il s'agit de l'année d'assurance. Ils viennent en complément des remboursements de votre régime obligatoire d'assurance maladie français sauf indication spécifique. Ces forfaits ne sont pas reportables d'une année sur l'autre.

Les garanties "100% santé" et les garanties à tarifs limités ou libres ne se cumulent pas.

Les garanties du tableau sont explicitées dans vos Conditions générales ou votre Notice d'information.

### Bon à savoir

- Le total des remboursements que vous percevez ne peut en aucun cas dépasser les frais réels engagés.
- La participation forfaitaire ainsi que les franchises sur les médicaments, sur les actes effectués par un auxiliaire médical et sur les transports ne sont pas prises en charge.
- Si vous ne respectez pas le parcours de soins, nous ne prenons pas en charge l'ensemble des pénalités appliquées par la Sécurité sociale (majoration du ticket modérateur, augmentation autorisée des tarifs conventionnels).

**Des exclusions et des limitations de garanties générales sont indiquées dans vos Conditions générales ou votre Notice d'information. Pour les soins à l'étranger, se reporter à la rubrique « Soins à l'étranger » dans vos Conditions générales ou votre Notice d'information.**

HOSPITALISATION	
<b>Honoraires</b>	
Honoraires des médecins (y compris chirurgiens) ayant adhéré à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (DPTAM)	170% <sup>(1)</sup>
Honoraires des médecins (y compris chirurgiens) n'ayant pas adhéré à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (DPTAM)	150% <sup>(1)</sup>
<sup>(1)</sup> Les 3 premiers mois d'assurance le taux de remboursement est limité à 100%, sauf en cas d'accident, dans ce cas le taux entier est appliqué, ou en cas de reprise de contrat à la concurrence, dans ce cas le taux de votre ancien contrat est appliqué sans pouvoir excéder les limites prévues au tableau ci-dessus. Cela s'applique à la souscription du contrat et lors de l'ajout d'un bénéficiaire à l'exception des nouveau-nés.	
<b>Frais de séjour</b>	
Ticket modérateur sur le prix de journée ou sur les actes peu coûteux, participation forfaitaire pour les actes coûteux	
- En établissement conventionné	Frais réels
- En établissement non conventionné	100%
<b>Forfait journalier hospitalier</b>	
Forfait journalier hospitalier	Frais réels
<b>Chambre particulière et lit pour accompagnant</b>	
Chambre particulière non remboursée par la Sécurité sociale (dans la limite de 30 jours par année d'assurance en moyen séjour)	
- avec nuitée	70 € /jour
- sans nuitée (en ambulatoire)	35 € /jour
Lit pour accompagnant non remboursé par la Sécurité sociale	15 € /jour
<b>Confort à l'hôpital</b>	
Télévision, connexion internet, téléphone (dans la limite de 30 jours par année d'assurance en moyen séjour)	5 € /jour
<b>Hospitalisation à domicile (HAD)</b>	
Hospitalisation à domicile (HAD)	150%

## SOINS COURANTS

### Honoraires médicaux

Consultations, visites et actes (radio, petite chirurgie) de médecins généralistes et spécialistes ayant adhéré à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (DPTAM) 170%

Consultations, visites et actes (radio, petite chirurgie) de médecins généralistes et spécialistes n'ayant pas adhéré à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (DPTAM) 150%

### Analyses et examens de laboratoire

Examens médicaux (biologie, analyse médicale) 150%

### Honoraires paramédicaux

Auxiliaires médicaux (par exemple : infirmier et infirmière, sage-femme, kinésithérapeute, orthophoniste, orthoptiste) 150%

### Médicaments

Médicaments à service médical rendu majeur ou important (ex-vignette blanche) 100%

Médicaments à service médical rendu modéré (ex-vignette bleue) 100%

Médicaments à service médical rendu faible (ex-vignette orange) Non pris en charge

### Matériel médical

Prothèses, pansements, petits matériels et autres produits définis sur la Liste des Produits et Prestations remboursables de la Sécurité sociale (hors lunettes et aides auditives pour lesquelles se référer à leurs lignes spécifiques). 150%

### Médecine douce et prévention

Médecine douce (ostéopathe, chiropracteur, acupuncteur, pédicure-podologue) et psychothérapeute non remboursés par la Sécurité sociale 25 € /séance

- Nombre de séances remboursées toutes spécialités confondues

1 <sup>re</sup> , 2 <sup>e</sup> année	3 séances /an
3 <sup>e</sup> année et +	6 séances /an

#### Forfait prévention

- Sevrage tabagique : Tous les médicaments et produits à base de nicotine prescrits par un médecin, dans un but de sevrage tabagique (avec Autorisation de Mise sur le Marché ou norme Afnor) même non remboursés par la Sécurité sociale 90 € /an

- Vaccin antigrippe prescrit non remboursé par la Sécurité sociale

- Consultation diététicien non remboursée par la Sécurité sociale

## TRANSPORT SANITAIRE

Transports prescrits pour l'hospitalisation ou la médecine de ville 150%

## OPTIQUE

**La prise en charge des lunettes est limitée à une paire tous les 2 ans pour les personnes de 16 ans et plus et à une paire tous les ans pour les enfants de moins de 16 ans**, sauf en cas d'évolution de la vue objectivée par une nouvelle prescription médicale ophtalmologique.

Le montant remboursé pour un équipement (2 verres + une monture) est dans tous les cas limité aux plafonds définis par la réglementation des contrats responsables.

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

Se reporter à vos Conditions générales ou à votre Notice d'information pour plus de précisions sur les conditions de renouvellement et sur la réglementation applicable.

### Equipements "100% santé"

Lunettes "100% santé", verres et monture de classe A, telles que définies par la réglementation

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

### Lunettes à tarifs libres

#### Verres de classe B

La Grille optique B vous permet un remboursement sans reste à charge dans le réseau Itelis sur une sélection de verres et de traitements. Elle définit un forfait de remboursement par verre en fonction de leur correction en dehors du réseau Itelis. La Grille optique B est décrite en annexe de ce document.

Grille optique B 

Monture de classe B	1 <sup>re</sup> , 2 <sup>e</sup> année	75 € pour la monture
	3 <sup>e</sup> année et +	100 € pour la monture

### Lentilles

Les lentilles prescrites sont prises en charge même si non remboursées par la Sécurité sociale. Le ticket modérateur des lentilles remboursées par la Sécurité sociale est pris en charge même si le forfait annuel est épuisé. 200 €/an

### Chirurgie réfractive

Opération de la myopie, de l'hypermétropie, de l'astigmatisme et de la presbytie par laser, non remboursée par la Sécurité sociale 290 €/œil

<b>DENTAIRE</b>		
<b>Soins</b>		
Consultations et soins dentaires (hors inlays-onlays d'obturation), chirurgie et parodontologie remboursée		150%
<b>Prothèses</b>		
Prothèses à tarifs limités, prothèses à tarifs libres, inlays-onlays d'obturation		
Les prothèses à tarifs limités et les prothèses à tarifs libres sont définies par la réglementation. Pour les prothèses à tarifs limités, notre garantie ne peut dépasser les honoraires limites de facturation réglementaires.	1 <sup>re</sup> , 2 <sup>e</sup> année	100% + 300 € /an
Les prothèses à tarifs limités incluent certaines couronnes céramo-métalliques sur deuxièmes prémolaires et molaires ; les prothèses à tarifs libres incluent certaines couronnes céramo-céramiques (se reporter à vos Conditions générales ou à votre Notice d'information pour trouver plus d'exemples et les références précises à la réglementation).	3 <sup>e</sup> année	100% + 400 € /an
Le forfait en Euro est utilisable pour les implants et la parodontologie non remboursés par la Sécurité sociale.	4 <sup>e</sup> année et +	100% + 450 € /an
<b>Soins et prothèses "100% santé"</b>		
Les soins et prothèses "100% santé" sont définis par la réglementation. Ces prothèses incluent certaines couronnes céramo-métalliques sur incisives, canines et premières prémolaires, certaines couronnes métalliques sur les autres dents (se reporter à vos Conditions générales ou à votre Notice d'information pour trouver plus d'exemples et les références précises à la réglementation).		Frais réels dans la limite des honoraires limites de facturation définis par la réglementation
<b>Orthodontie</b>		
Orthodontie (versé par semestre)	1 <sup>re</sup> , 2 <sup>e</sup> année	200 € /sem. (soit 400 € /an)
	3 <sup>e</sup> année	250 € /sem. (soit 500 € /an)
	4 <sup>e</sup> année et +	300 € /sem. (soit 600 € /an)
<b>AIDES AUDITIVES</b>		
<b>La prise en charge des aides auditives est limitée à un équipement par oreille tous les 4 ans.</b> Ce délai de renouvellement s'entend pour chaque oreille indépendamment.		
Le remboursement d'une aide auditive ne peut pas excéder 1 700 €. Conformément à la réglementation, ce plafond de 1 700 € est calculé en y incluant le remboursement du régime obligatoire et le remboursement complémentaire éventuel des régimes locaux ou spéciaux (Alsace-Moselle, SNCF, etc.), .		
<b>Equipements "100% santé"</b>		
Les aides auditives "100% santé" (classe I) sont définies par la réglementation (se reporter à vos Conditions générales ou à votre Notice d'information).		Frais réels dans la limite des prix limites de vente définis par la réglementation
<b>Aides auditives à tarifs libres</b>		
Aides auditives à tarifs libres (classe II)		760 € /oreille
<b>Accessoires</b>		
Accessoires, entretien et piles pour appareil auditif		150%
<b>CURE THERMALE</b>		
Cure thermale		Non pris en charge
<b>ASSISTANCE</b>		
<b>La description ci-dessous est un résumé des garanties d'assistance.</b> Se référer à vos Conditions générales ou votre Notice d'information pour avoir la description complète des garanties, des limitations et des conditions d'utilisation.		
Aide-ménagère suite à une hospitalisation de plus de 24 heures et par dérogation dans les cas prévus dans vos Conditions générales ou votre Notice d'information		Dans la limite de 40 heures par an
Garde-malade suite à une hospitalisation de plus de 24 heures		Une fois par an dans la limite de 40 heures
Garde-enfants pendant une hospitalisation de plus de 24 heures		Une fois par an dans la limite de 40 heures
Garde-animaux pendant une hospitalisation de plus de 24 heures		Une fois par an dans la limite de 250 €
Soutien scolaire suite à une immobilisation au domicile ou une hospitalisation		12 semaines par an dans la limite de 15 heures par semaine

Document non contractuel

AXA France Vie - S.A. au capital de 487 725 073,50 € - RCS Nanterre 310 499 959- TVA intracommunautaire n° FR 62 310 499 959. AXA Assurances Vie Mutuelle - Société d'assurance mutuelle sur la vie et de capitalisation à cotisations fixes - Siren 353 457 245 - TVA intracommunautaire n° FR 48 353 457 245. AXA France IARD - S.A. au capital de 214 799 030 € - RCS Nanterre 722 057 460 - TVA intracommunautaire n° FR 14 722 057 460. AXA Assurances IARD Mutuelle - Société d'assurance mutuelle à cotisations fixes contre l'incendie, les accidents et risques divers - Siren 775 699 309 - TVA intracommunautaire n° FR 39 775 699 309. Sièges sociaux : 313, Terrasses de l'Arche 92727 Nanterre Cedex. **Entreprises régies par le Code des assurances.**

Sommaire

MA150R



# Ma Santé 150% Néo



## avec Module Hospi

### Règles générales applicables aux garanties

Les mots ou expressions soulignés sont définis dans le lexique de vos Conditions générales ou de votre Notice d'information.

#### Bien comprendre votre tableau de garanties

Nous prenons en charge uniquement les frais qui ont préalablement donné lieu à un remboursement par votre régime obligatoire d'assurance maladie français sauf lorsque cela est explicitement mentionné dans le tableau de garanties.

Vos garanties sont exprimées en pourcentage de la base de remboursement de la Sécurité sociale, en forfait en Euro ou en une combinaison des deux.

- Les pourcentages intègrent les remboursements de votre régime obligatoire d'assurance maladie. Notre remboursement couvre la différence entre le taux remboursé par la Sécurité sociale et le taux affiché.
- Les forfaits exprimés en Euro s'entendent par assuré. Lorsqu'ils sont définis par an, il s'agit de l'année d'assurance. Ils viennent en complément des remboursements de votre régime obligatoire d'assurance maladie français sauf indication spécifique. Ces forfaits ne sont pas reportables d'une année sur l'autre.

Les garanties "100% santé" et les garanties à tarifs limités ou libres ne se cumulent pas.

Les garanties du tableau sont explicitées dans vos Conditions générales ou votre Notice d'information.

#### Bon à savoir

- Le total des remboursements que vous percevez ne peut en aucun cas dépasser les frais réels engagés.
- La participation forfaitaire ainsi que les franchises sur les médicaments, sur les actes effectués par un auxiliaire médical et sur les transports ne sont pas prises en charge.
- Si vous ne respectez pas le parcours de soins, nous ne prenons pas en charge l'ensemble des pénalités appliquées par la Sécurité sociale (majoration du ticket modérateur, augmentation autorisée des tarifs conventionnels).

Des exclusions et des limitations de garanties générales sont indiquées dans vos Conditions générales ou votre Notice d'information. Pour les soins à l'étranger, se reporter à la rubrique « Soins à l'étranger » dans vos Conditions générales ou votre Notice d'information.

#### HOSPITALISATION

##### Honoraires

Honoraires des médecins (y compris chirurgiens) ayant adhéré à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (DPTAM)	1 <sup>re</sup> année	220% <sup>(1)</sup>
	2 <sup>e</sup> année et +	400% <sup>(1)</sup>
Honoraires des médecins (y compris chirurgiens) n'ayant pas adhéré à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (DPTAM)	1 <sup>re</sup> année	200% <sup>(1)</sup>
	2 <sup>e</sup> année et +	200% <sup>(1)</sup>

<sup>(1)</sup> Les 3 premiers mois d'assurance le taux de remboursement est limité à 100%, sauf en cas d'accident, dans ce cas le taux entier est appliqué, ou en cas de reprise de contrat à la concurrence, dans ce cas le taux de votre ancien contrat est appliqué sans pouvoir excéder les limites prévues au tableau ci-dessus. Cela s'applique à la souscription du contrat et lors de l'ajout d'un bénéficiaire à l'exception des nouveau-nés.

##### Frais de séjour

Ticket modérateur sur le prix de journée ou sur les actes peu coûteux, participation forfaitaire pour les actes coûteux

- En établissement conventionné
- En établissement non conventionné

Frais réels
100%

##### Forfait journalier hospitalier

Forfait journalier hospitalier

Frais réels
-------------

##### Chambre particulière et lit pour accompagnant

Chambre particulière non remboursée par la Sécurité sociale (dans la limite de 30 jours par année d'assurance en moyen séjour)

- avec nuitée
- sans nuitée (en ambulatoire)

90 €/jour
45 €/jour

Lit pour accompagnant non remboursé par la Sécurité sociale

15 €/jour
-----------

##### Confort à l'hôpital

Télévision, connexion internet, téléphone (dans la limite de 30 jours par année d'assurance en moyen séjour)

10 €/jour
-----------

##### Hospitalisation à domicile (HAD)

Hospitalisation à domicile (HAD)

150%
------

## SOINS COURANTS

### Honoraires médicaux

Consultations, visites et actes (radio, petite chirurgie) de médecins généralistes et spécialistes ayant adhéré à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (DPTAM) 170%

Consultations, visites et actes (radio, petite chirurgie) de médecins généralistes et spécialistes n'ayant pas adhéré à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (DPTAM) 150%

### Analyses et examens de laboratoire

Examens médicaux (biologie, analyse médicale) 150%

### Honoraires paramédicaux

Auxiliaires médicaux (par exemple : infirmier et infirmière, sage-femme, kinésithérapeute, orthophoniste, orthoptiste) 150%

### Médicaments

Médicaments à service médical rendu majeur ou important (ex-vignette blanche) 100%

Médicaments à service médical rendu modéré (ex-vignette bleue) 100%

Médicaments à service médical rendu faible (ex-vignette orange) Non pris en charge

### Matériel médical

Prothèses, pansements, petits matériels et autres produits définis sur la Liste des Produits et Prestations remboursables de la Sécurité sociale (hors lunettes et aides auditives pour lesquelles se référer à leurs lignes spécifiques). 150%

### Médecine douce et prévention

Médecine douce (ostéopathe, chiropracteur, acupuncteur, pédicure-podologue) et psychothérapeute non remboursés par la Sécurité sociale 25 €/séance

- Nombre de séances remboursées toutes spécialités confondues

1 <sup>re</sup> , 2 <sup>e</sup> année	3 séances /an
3 <sup>e</sup> année et +	6 séances /an

#### Forfait prévention

- Sevrage tabagique : Tous les médicaments et produits à base de nicotine prescrits par un médecin, dans un but de sevrage tabagique (avec Autorisation de Mise sur le Marché ou norme Afnor) même non remboursés par la Sécurité sociale 90 €/an

- Vaccin antigrippe prescrit non remboursé par la Sécurité sociale

- Consultation diététicien non remboursée par la Sécurité sociale

## TRANSPORT SANITAIRE

Transports prescrits pour l'hospitalisation ou la médecine de ville 150%

## OPTIQUE

**La prise en charge des lunettes est limitée à une paire tous les 2 ans pour les personnes de 16 ans et plus et à une paire tous les ans pour les enfants de moins de 16 ans**, sauf en cas d'évolution de la vue objectivée par une nouvelle prescription médicale ophtalmologique.

Le montant remboursé pour un équipement (2 verres + une monture) est dans tous les cas limité aux plafonds définis par la réglementation des contrats responsables.

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

Se reporter à vos Conditions générales ou à votre Notice d'information pour plus de précisions sur les conditions de renouvellement et sur la réglementation applicable.

### Equipements "100% santé"

Lunettes "100% santé", verres et monture de classe A, telles que définies par la réglementation

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

### Lunettes à tarifs libres

#### Verres de classe B

La Grille optique B vous permet un remboursement sans reste à charge dans le réseau Itelis sur une sélection de verres et de traitements. Elle définit un forfait de remboursement par verre en fonction de leur correction en dehors du réseau Itelis. La Grille optique B est décrite en annexe de ce document.

Grille optique B 

Monture de classe B

1 <sup>re</sup> , 2 <sup>e</sup> année	75 € pour la monture
3 <sup>e</sup> année et +	100 € pour la monture

### Lentilles

Les lentilles prescrites sont prises en charge même si non remboursées par la Sécurité sociale. Le ticket modérateur des lentilles remboursées par la Sécurité sociale est pris en charge même si le forfait annuel est épuisé. 200 €/an

### Chirurgie réfractive

Opération de la myopie, de l'hypermétropie, de l'astigmatisme et de la presbytie par laser, non remboursée par la Sécurité sociale 290 €/œil

<b>DENTAIRE</b>		
<b>Soins</b>		
Consultations et soins dentaires (hors inlays-onlays d'obturation), chirurgie et parodontologie remboursée		150%
<b>Prothèses</b>		
Prothèses à tarifs limités, prothèses à tarifs libres, inlays-onlays d'obturation		
Les prothèses à tarifs limités et les prothèses à tarifs libres sont définies par la réglementation. Pour les prothèses à tarifs limités, notre garantie ne peut dépasser les honoraires limites de facturation réglementaires.	1 <sup>re</sup> , 2 <sup>e</sup> année	100% + 300 € /an
	-----	-----
Les prothèses à tarifs limités incluent certaines couronnes céramo-métalliques sur deuxièmes prémolaires et molaires ; les prothèses à tarifs libres incluent certaines couronnes céramo-céramiques (se reporter à vos Conditions générales ou à votre Notice d'information pour trouver plus d'exemples et les références précises à la réglementation).	3 <sup>e</sup> année	100% + 400 € /an
	-----	-----
	4 <sup>e</sup> année et +	100% + 450 € /an
Le forfait en Euro est utilisable pour les implants et la parodontologie non remboursés par la Sécurité sociale.		
<b>Soins et prothèses "100% santé"</b>		
Les soins et prothèses "100% santé" sont définis par la réglementation. Ces prothèses incluent certaines couronnes céramo-métalliques sur incisives, canines et premières prémolaires, certaines couronnes métalliques sur les autres dents (se reporter à vos Conditions générales ou à votre Notice d'information pour trouver plus d'exemples et les références précises à la réglementation).		Frais réels dans la limite des honoraires limites de facturation définis par la réglementation
<b>Orthodontie</b>		
Orthodontie (versé par semestre)	1 <sup>re</sup> , 2 <sup>e</sup> année	200 €/sem. (soit 400 € /an)
	-----	-----
	3 <sup>e</sup> année	250 €/sem. (soit 500 € /an)
	-----	-----
	4 <sup>e</sup> année et +	300 €/sem. (soit 600 € /an)
<b>AIDES AUDITIVES</b>		
<b>La prise en charge des aides auditives est limitée à un équipement par oreille tous les 4 ans.</b> Ce délai de renouvellement s'entend pour chaque oreille indépendamment.		
Le remboursement d'une aide auditive ne peut pas excéder 1 700 €. Conformément à la réglementation, ce plafond de 1 700 € est calculé en y incluant le remboursement du régime obligatoire et le remboursement complémentaire éventuel des régimes locaux ou spéciaux (Alsace-Moselle, SNCF, etc.) .		
<b>Equipements "100% santé"</b>		
Les aides auditives "100% santé" (classe I) sont définies par la réglementation (se reporter à vos Conditions générales ou à votre Notice d'information).		Frais réels dans la limite des prix limites de vente définis par la réglementation
<b>Aides auditives à tarifs libres</b>		
Aides auditives à tarifs libres (classe II)		760 € /oreille
<b>Accessoires</b>		
Accessoires, entretien et piles pour appareil auditif		150%
<b>CURE THERMALE</b>		
Cure thermale		Non pris en charge
<b>ASSISTANCE</b>		
<b>La description ci-dessous est un résumé des garanties d'assistance.</b> Se référer à vos Conditions générales ou votre Notice d'information pour avoir la description complète des garanties, des limitations et des conditions d'utilisation.		
Aide-ménagère suite à une hospitalisation de plus de 24 heures et par dérogation dans les cas prévus dans vos Conditions générales ou votre Notice d'information		Dans la limite de 40 heures par an
Garde-malade suite à une hospitalisation de plus de 24 heures		Une fois par an dans la limite de 40 heures
Garde-enfants pendant une hospitalisation de plus de 24 heures		Une fois par an dans la limite de 40 heures
Garde-animaux pendant une hospitalisation de plus de 24 heures		Une fois par an dans la limite de 250 €
Soutien scolaire suite à une immobilisation au domicile ou une hospitalisation		12 semaines par an dans la limite de 15 heures par semaine

Document non contractuel

AXA France Vie - S.A. au capital de 487 725 073,50 € - RCS Nanterre 310 499 959- TVA intracommunautaire n° FR 62 310 499 959. AXA Assurances Vie Mutuelle - Société d'assurance mutuelle sur la vie et de capitalisation à cotisations fixes - Siren 353 457 245 - TVA intracommunautaire n° FR 48 353 457 245. AXA France IARD - S.A. au capital de 214 799 030 € - RCS Nanterre 722 057 460 - TVA intracommunautaire n° FR 14 722 057 460. AXA Assurances IARD Mutuelle - Société d'assurance mutuelle à cotisations fixes contre l'incendie, les accidents et risques divers - Siren 775 699 309 - TVA intracommunautaire n° FR 39 775 699 309. Sièges sociaux : 313, Terrasses de l'Arche 92727 Nanterre Cedex. Entreprises régies par le Code des assurances.

Sommaire

MA150RHOS



# Ma Santé 150% Néo



## avec Module Optique Dentaire

### Règles générales applicables aux garanties

Les mots ou expressions soulignés sont définis dans le lexique de vos Conditions générales ou de votre Notice d'information.

#### Bien comprendre votre tableau de garanties

Nous prenons en charge uniquement les frais qui ont préalablement donné lieu à un remboursement par votre régime obligatoire d'assurance maladie français sauf lorsque cela est explicitement mentionné dans le tableau de garanties.

Vos garanties sont exprimées en pourcentage de la base de remboursement de la Sécurité sociale, en forfait en Euro ou en une combinaison des deux.

■ Les pourcentages intègrent les remboursements de votre régime obligatoire d'assurance maladie. Notre remboursement couvre la différence entre le taux remboursé par la Sécurité sociale et le taux affiché.

■ Les forfaits exprimés en Euro s'entendent par assuré. Lorsqu'ils sont définis par an, il s'agit de l'année d'assurance. Ils viennent en complément des remboursements de votre régime obligatoire d'assurance maladie français sauf indication spécifique. Ces forfaits ne sont pas reportables d'une année sur l'autre.

Les garanties "100% santé" et les garanties à tarifs limités ou libres ne se cumulent pas.

Les garanties du tableau sont explicitées dans vos Conditions générales ou votre Notice d'information.

#### Bon à savoir

- Le total des remboursements que vous percevez ne peut en aucun cas dépasser les frais réels engagés.
- La participation forfaitaire ainsi que les franchises sur les médicaments, sur les actes effectués par un auxiliaire médical et sur les transports ne sont pas prises en charge.
- Si vous ne respectez pas le parcours de soins, nous ne prenons pas en charge l'ensemble des pénalités appliquées par la Sécurité sociale (majoration du ticket modérateur, augmentation autorisée des tarifs conventionnels).

Des exclusions et des limitations de garanties générales sont indiquées dans vos Conditions générales ou votre Notice d'information. Pour les soins à l'étranger, se reporter à la rubrique « Soins à l'étranger » dans vos Conditions générales ou votre Notice d'information.

#### HOSPITALISATION

##### Honoraires

Honoraires des médecins (y compris chirurgiens) ayant adhéré à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (DPTAM)

170%<sup>(1)</sup>

Honoraires des médecins (y compris chirurgiens) n'ayant pas adhéré à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (DPTAM)

150%<sup>(1)</sup>

<sup>(1)</sup> Les 3 premiers mois d'assurance le taux de remboursement est limité à 100%, sauf en cas d'accident, dans ce cas le taux entier est appliqué, ou en cas de reprise de contrat à la concurrence, dans ce cas le taux de votre ancien contrat est appliqué sans pouvoir excéder les limites prévues au tableau ci-dessus. Cela s'applique à la souscription du contrat et lors de l'ajout d'un bénéficiaire à l'exception des nouveau-nés.

##### Frais de séjour

Ticket modérateur sur le prix de journée ou sur les actes peu coûteux, participation forfaitaire pour les actes coûteux

- En établissement conventionné

Frais réels

- En établissement non conventionné

100%

##### Forfait journalier hospitalier

Forfait journalier hospitalier

Frais réels

##### Chambre particulière et lit pour accompagnant

Chambre particulière non remboursée par la Sécurité sociale (dans la limite de 30 jours par année d'assurance en moyen séjour)

- avec nuitée

70 €/jour

- sans nuitée (en ambulatoire)

35 €/jour

Lit pour accompagnant non remboursé par la Sécurité sociale

15 €/jour

##### Confort à l'hôpital

Télévision, connexion internet, téléphone (dans la limite de 30 jours par année d'assurance en moyen séjour)

5 €/jour

##### Hospitalisation à domicile (HAD)

Hospitalisation à domicile (HAD)

150%

<b>SOINS COURANTS</b>		
<b>Honoraires médicaux</b>		
Consultations, visites et actes (radio, petite chirurgie) de médecins généralistes et spécialistes ayant adhéré à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (DPTAM)		170%
Consultations, visites et actes (radio, petite chirurgie) de médecins généralistes et spécialistes n'ayant pas adhéré à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (DPTAM)		150%
<b>Analyses et examens de laboratoire</b>		
Examens médicaux (biologie, analyse médicale)		150%
<b>Honoraires paramédicaux</b>		
Auxiliaires médicaux (par exemple : infirmier et infirmière, sage-femme, kinésithérapeute, orthophoniste, orthoptiste)		150%
<b>Médicaments</b>		
Médicaments à service médical rendu majeur ou important (ex-vignette blanche)		100%
Médicaments à service médical rendu modéré (ex-vignette bleue)		100%
Médicaments à service médical rendu faible (ex-vignette orange)		Non pris en charge
<b>Matériel médical</b>		
Prothèses, pansements, petits matériels et autres produits définis sur la Liste des Produits et Prestations remboursables de la Sécurité sociale (hors lunettes et aides auditives pour lesquelles se référer à leurs lignes spécifiques).		150%
<b>Médecine douce et prévention</b>		
Médecine douce (ostéopathe, chiropracteur, acupuncteur, pédicure-podologue) et psychothérapeute non remboursés par la Sécurité sociale		25 € /séance
- Nombre de séances remboursées toutes spécialités confondues	1 <sup>re</sup> , 2 <sup>e</sup> année 3 <sup>e</sup> année et +	3 séances /an 6 séances /an
Forfait prévention		
- Sevrage tabagique : Tous les médicaments et produits à base de nicotine prescrits par un médecin, dans un but de sevrage tabagique (avec Autorisation de Mise sur le Marché ou norme Afnor) même non remboursés par la Sécurité sociale		90 € /an
- Vaccin antigrippe prescrit non remboursé par la Sécurité sociale		
- Consultation diététicien non remboursée par la Sécurité sociale		
<b>TRANSPORT SANITAIRE</b>		
Transports prescrits pour l'hospitalisation ou la médecine de ville		150%
<b>OPTIQUE</b>		
<b>La prise en charge des lunettes est limitée à une paire tous les 2 ans pour les personnes de 16 ans et plus et à une paire tous les ans pour les enfants de moins de 16 ans</b> , sauf en cas d'évolution de la vue objectivée par une nouvelle prescription médicale ophtalmologique.		
Le montant remboursé pour un équipement (2 verres + une monture) est dans tous les cas limité aux plafonds définis par la réglementation des contrats responsables.		
Les forfaits en Euro sur les lunettes (verres ou montures) intègrent le remboursement de la Sécurité sociale et l'éventuel remboursement complémentaire des régimes locaux ou spéciaux (Alsace-Moselle, SNCF, etc.)		
Se reporter à vos Conditions générales ou à votre Notice d'information pour plus de précisions sur les conditions de renouvellement et sur la réglementation applicable.		
<b>Équipements "100% santé"</b>		
Lunettes "100% santé", verres et monture de classe A, telles que définies par la réglementation		Frais réels dans la limite des prix limites de vente définis par la réglementation
<b>Lunettes à tarifs libres</b>		
Verres de classe B		
La Grille optique C vous permet un remboursement sans reste à charge dans le réseau Itelis sur une sélection de verres et de traitements. Elle définit un forfait de remboursement par verre en fonction de leur correction en dehors du réseau Itelis. La Grille optique C est décrite en annexe de ce document.		Grille optique C 
Monture de classe B		100 € pour la monture
<b>Lentilles</b>		
Les lentilles prescrites sont prises en charge même si non remboursées par la Sécurité sociale. Le ticket modérateur des lentilles remboursées par la Sécurité sociale est pris en charge même si le forfait annuel est épuisé.		300 € /an
<b>Chirurgie réfractive</b>		
Opération de la myopie, de l'hypermétropie, de l'astigmatisme et de la presbytie par laser, non remboursée par la Sécurité sociale		390 € /œil

<b>DENTAIRE</b>		
<b>Soins</b>		
Consultations et soins dentaires (hors inlays-onlays d'obturation), chirurgie et parodontologie remboursée		200%
<b>Prothèses</b>		
Prothèses à tarifs limités, prothèses à tarifs libres, inlays-onlays d'obturation		
Les prothèses à tarifs limités et les prothèses à tarifs libres sont définies par la réglementation. Pour les prothèses à tarifs limités, notre garantie ne peut dépasser les honoraires limites de facturation réglementaires.	1 <sup>re</sup> , 2 <sup>e</sup> année	100% + 420 € /an
	-----	-----
Les prothèses à tarifs limités incluent certaines couronnes céramo-métalliques sur deuxièmes prémolaires et molaires ; les prothèses à tarifs libres incluent certaines couronnes céramo-céramiques (se reporter à vos Conditions générales ou à votre Notice d'information pour trouver plus d'exemples et les références précises à la réglementation).	3 <sup>e</sup> année	100% + 500 € /an
	-----	-----
	4 <sup>e</sup> année et +	100% + 550 € /an
Le forfait en Euro est utilisable pour les implants et la parodontologie non remboursés par la Sécurité sociale.		
<b>Soins et prothèses "100% santé"</b>		
Les soins et prothèses "100% santé" sont définis par la réglementation.		
Ces prothèses incluent certaines couronnes céramo-métalliques sur incisives, canines et premières prémolaires, certaines couronnes métalliques sur les autres dents (se reporter à vos Conditions générales ou à votre Notice d'information pour trouver plus d'exemples et les références précises à la réglementation).		Frais réels dans la limite des honoraires limites de facturation définis par la réglementation
<b>Orthodontie</b>		
Orthodontie (versé par semestre)	1 <sup>re</sup> , 2 <sup>e</sup> année	270 €/sem. (soit 540 €/an)
	-----	-----
Le forfait en Euro est utilisable pour l'orthodontie adulte même non remboursée par la Sécurité sociale.	3 <sup>e</sup> année	300 €/sem. (soit 600 €/an)
	-----	-----
	4 <sup>e</sup> année et +	350 €/sem. (soit 700 €/an)
<b>AIDES AUDITIVES</b>		
<b>La prise en charge des aides auditives est limitée à un équipement par oreille tous les 4 ans.</b> Ce délai de renouvellement s'entend pour chaque oreille indépendamment.		
Le remboursement d'une aide auditive ne peut pas excéder 1 700 €. Conformément à la réglementation, ce plafond de 1 700 € est calculé en y incluant le remboursement du régime obligatoire et le remboursement complémentaire éventuel des régimes locaux ou spéciaux (Alsace-Moselle, SNCF, etc.), .		
<b>Equipements "100% santé"</b>		
Les aides auditives "100% santé" (classe I) sont définies par la réglementation (se reporter à vos Conditions générales ou à votre Notice d'information).		Frais réels dans la limite des prix limites de vente définis par la réglementation
<b>Aides auditives à tarifs libres</b>		
Aides auditives à tarifs libres (classe II)		760 €/oreille
<b>Accessoires</b>		
Accessoires, entretien et piles pour appareil auditif		150%
<b>CURE THERMALE</b>		
Cure thermale		Non pris en charge
<b>ASSISTANCE</b>		
<b>La description ci-dessous est un résumé des garanties d'assistance.</b> Se référer à vos Conditions générales ou votre Notice d'information pour avoir la description complète des garanties, des limitations et des conditions d'utilisation.		
Aide-ménagère suite à une hospitalisation de plus de 24 heures et par dérogation dans les cas prévus dans vos Conditions générales ou votre Notice d'information		Dans la limite de 40 heures par an
Garde-malade suite à une hospitalisation de plus de 24 heures		Une fois par an dans la limite de 40 heures
Garde-enfants pendant une hospitalisation de plus de 24 heures		Une fois par an dans la limite de 40 heures
Garde-animaux pendant une hospitalisation de plus de 24 heures		Une fois par an dans la limite de 250 €
Soutien scolaire suite à une immobilisation au domicile ou une hospitalisation		12 semaines par an dans la limite de 15 heures par semaine

Document non contractuel

AXA France Vie - S.A. au capital de 487 725 073,50 € - RCS Nanterre 310 499 959- TVA intracommunautaire n° FR 62 310 499 959. AXA Assurances Vie Mutuelle - Société d'assurance mutuelle sur la vie et de capitalisation à cotisations fixes - Siren 353 457 245 - TVA intracommunautaire n° FR 48 353 457 245. AXA France IARD - S.A. au capital de 214 799 030 € - RCS Nanterre 722 057 460 - TVA intracommunautaire n° FR 14 722 057 460. AXA Assurances IARD Mutuelle - Société d'assurance mutuelle à cotisations fixes contre l'incendie, les accidents et risques divers - Siren 775 699 309 - TVA intracommunautaire n° FR 39 775 699 309. Sièges sociaux : 313, Terrasses de l'Arche 92727 Nanterre Cedex. **Entreprises régies par le Code des assurances.**

Sommaire

MA150ROD



# Ma Santé 150% Néo



## avec Module Confort

### Règles générales applicables aux garanties

Les mots ou expressions soulignés sont définis dans le lexique de vos Conditions générales ou de votre Notice d'information.

#### Bien comprendre votre tableau de garanties

Nous prenons en charge uniquement les frais qui ont préalablement donné lieu à un remboursement par votre régime obligatoire d'assurance maladie français sauf lorsque cela est explicitement mentionné dans le tableau de garanties.

Vos garanties sont exprimées en pourcentage de la base de remboursement de la Sécurité sociale, en forfait en Euro ou en une combinaison des deux.

- Les pourcentages intègrent les remboursements de votre régime obligatoire d'assurance maladie. Notre remboursement couvre la différence entre le taux remboursé par la Sécurité sociale et le taux affiché.
- Les forfaits exprimés en Euro s'entendent par assuré. Lorsqu'ils sont définis par an, il s'agit de l'année d'assurance. Ils viennent en complément des remboursements de votre régime obligatoire d'assurance maladie français sauf indication spécifique. Ces forfaits ne sont pas reportables d'une année sur l'autre.

Les garanties "100% santé" et les garanties à tarifs limités ou libres ne se cumulent pas.

Les garanties du tableau sont explicitées dans vos Conditions générales ou votre Notice d'information.

#### Bon à savoir

- Le total des remboursements que vous percevez ne peut en aucun cas dépasser les frais réels engagés.
- La participation forfaitaire ainsi que les franchises sur les médicaments, sur les actes effectués par un auxiliaire médical et sur les transports ne sont pas prises en charge.
- Si vous ne respectez pas le parcours de soins, nous ne prenons pas en charge l'ensemble des pénalités appliquées par la Sécurité sociale (majoration du ticket modérateur, augmentation autorisée des tarifs conventionnels).

Des exclusions et des limitations de garanties générales sont indiquées dans vos Conditions générales ou votre Notice d'information. Pour les soins à l'étranger, se reporter à la rubrique « Soins à l'étranger » dans vos Conditions générales ou votre Notice d'information.

#### HOSPITALISATION

##### Honoraires

Honoraires des médecins (y compris chirurgiens) ayant adhéré à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (DPTAM)

170%<sup>(1)</sup>

Honoraires des médecins (y compris chirurgiens) n'ayant pas adhéré à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (DPTAM)

150%<sup>(1)</sup>

<sup>(1)</sup> Les 3 premiers mois d'assurance le taux de remboursement est limité à 100%, sauf en cas d'accident, dans ce cas le taux entier est appliqué, ou en cas de reprise de contrat à la concurrence, dans ce cas le taux de votre ancien contrat est appliqué sans pouvoir excéder les limites prévues au tableau ci-dessus. Cela s'applique à la souscription du contrat et lors de l'ajout d'un bénéficiaire à l'exception des nouveau-nés.

##### Frais de séjour

Ticket modérateur sur le prix de journée ou sur les actes peu coûteux, participation forfaitaire pour les actes coûteux

- En établissement conventionné
- En établissement non conventionné

Frais réels

100%

##### Forfait journalier hospitalier

Forfait journalier hospitalier

Frais réels

##### Chambre particulière et lit pour accompagnant

Chambre particulière non remboursée par la Sécurité sociale (dans la limite de 30 jours par année d'assurance en moyen séjour)

- avec nuitée
- sans nuitée (en ambulatoire)

70 €/jour

35 €/jour

Lit pour accompagnant non remboursé par la Sécurité sociale

15 €/jour

##### Confort à l'hôpital

Télévision, connexion internet, téléphone (dans la limite de 30 jours par année d'assurance en moyen séjour)

5 €/jour

##### Hospitalisation à domicile (HAD)

Hospitalisation à domicile (HAD)

150%

SOINS COURANTS		
<b>Honoraires médicaux</b>		
Consultations, visites et actes (radio, petite chirurgie) de médecins généralistes et spécialistes ayant adhéré à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (DPTAM)		195%
Consultations, visites et actes (radio, petite chirurgie) de médecins généralistes et spécialistes n'ayant pas adhéré à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (DPTAM)		175%
<b>Analyses et examens de laboratoire</b>		
Examens médicaux (biologie, analyse médicale)		150%
<b>Honoraires paramédicaux</b>		
Auxiliaires médicaux (par exemple : infirmier et infirmière, sage-femme, kinésithérapeute, orthophoniste, orthoptiste)		150%
<b>Médicaments</b>		
Tout médicament remboursé par la Sécurité sociale		100%
Médicament prescrit et non remboursé par la Sécurité sociale		30 € /an
<b>Matériel médical</b>		
Prothèses, pansements, petits matériels et autres produits définis sur la Liste des Produits et Prestations remboursables de la Sécurité sociale (hors lunettes et aides auditives pour lesquelles se référer à leurs lignes spécifiques).		150%
<b>Médecine douce et prévention</b>		
Médecine douce (ostéopathe, chiropracteur, acupuncteur, pédicure-podologue) et psychothérapeute non remboursés par la Sécurité sociale		50 € /séance
- Nombre de séances remboursées toutes spécialités confondues	1 <sup>re</sup> , 2 <sup>e</sup> année	3 séances /an
	3 <sup>e</sup> année et +	6 séances /an
Forfait prévention		
- Sevrage tabagique : Tous les médicaments et produits à base de nicotine prescrits par un médecin, dans un but de sevrage tabagique (avec Autorisation de Mise sur le Marché ou norme Afnor) même non remboursés par la Sécurité sociale		90 € /an
- Vaccin antigrippe prescrit non remboursé par la Sécurité sociale		
- Consultation diététicien non remboursée par la Sécurité sociale		
- Traitement DMLA par compléments en Oméga 3 prescrit par un médecin et non remboursé par la Sécurité sociale		
- Dépistage de l'ostéoporose prescrit par un médecin et non remboursé par la Sécurité sociale		
<b>TRANSPORT SANITAIRE</b>		
Transports prescrits pour l'hospitalisation ou la médecine de ville		150%
<b>OPTIQUE</b>		
<b>La prise en charge des lunettes est limitée à une paire tous les 2 ans pour les personnes de 16 ans et plus et à une paire tous les ans pour les enfants de moins de 16 ans</b> , sauf en cas d'évolution de la vue objectivée par une nouvelle prescription médicale ophtalmologique.		
Le montant remboursé pour un équipement (2 verres + une monture) est dans tous les cas limité aux plafonds définis par la réglementation des contrats responsables.		
Les forfaits en Euro sur les lunettes (verres ou montures) intègrent le remboursement de la Sécurité sociale et l'éventuel remboursement complémentaire des régimes locaux ou spéciaux (Alsace-Moselle, SNCF, etc.)		
Se reporter à vos Conditions générales ou à votre Notice d'information pour plus de précisions sur les conditions de renouvellement et sur la réglementation applicable.		
<b>Equipements "100% santé"</b>		
Lunettes "100% santé", verres et monture de classe A, telles que définies par la réglementation		Frais réels dans la limite des prix limites de vente définis par la réglementation
<b>Lunettes à tarifs libres</b>		
Verres de classe B		
La Grille optique B vous permet un remboursement sans reste à charge dans le réseau Itelis sur une sélection de verres et de traitements. Elle définit un forfait de remboursement par verre en fonction de leur correction en dehors du réseau Itelis. La Grille optique B est décrite en annexe de ce document.		
		Grille optique B 
Monture de classe B	1 <sup>re</sup> , 2 <sup>e</sup> année	75 € pour la monture
	3 <sup>e</sup> année et +	100 € pour la monture
<b>Lentilles</b>		
Les lentilles prescrites sont prises en charge même si non remboursées par la Sécurité sociale. Le ticket modérateur des lentilles remboursées par la Sécurité sociale est pris en charge même si le forfait annuel est épuisé.		200 € /an
<b>Chirurgie réfractive</b>		
Opération de la myopie, de l'hypermétropie, de l'astigmatisme et de la presbytie par laser, non remboursée par la Sécurité sociale		290 € /œil

<b>DENTAIRE</b>		
<b>Soins</b>		
Consultations et soins dentaires (hors inlays-onlays d'obturation), chirurgie et parodontologie remboursée		150%
<b>Prothèses</b>		
Prothèses à tarifs limités, prothèses à tarifs libres, inlays-onlays d'obturation		
Les prothèses à tarifs limités et les prothèses à tarifs libres sont définies par la réglementation. Pour les prothèses à tarifs limités, notre garantie ne peut dépasser les honoraires limites de facturation réglementaires.	1 <sup>re</sup> , 2 <sup>e</sup> année	100% + 300 €/an
Les prothèses à tarifs limités incluent certaines couronnes céramo-métalliques sur deuxièmes prémolaires et molaires ; les prothèses à tarifs libres incluent certaines couronnes céramo-céramiques (se reporter à vos Conditions générales ou à votre Notice d'information pour trouver plus d'exemples et les références précises à la réglementation).	3 <sup>e</sup> année	100% + 400 €/an
Le forfait en Euro est utilisable pour les implants et la parodontologie non remboursés par la Sécurité sociale.	4 <sup>e</sup> année et +	100% + 450 €/an
<b>Soins et prothèses "100% santé"</b>		
Les soins et prothèses "100% santé" sont définis par la réglementation. Ces prothèses incluent certaines couronnes céramo-métalliques sur incisives, canines et premières prémolaires, certaines couronnes métalliques sur les autres dents (se reporter à vos Conditions générales ou à votre Notice d'information pour trouver plus d'exemples et les références précises à la réglementation).		Frais réels dans la limite des honoraires limites de facturation définis par la réglementation
<b>Orthodontie</b>		
Orthodontie (versé par semestre)	1 <sup>re</sup> , 2 <sup>e</sup> année	200 €/sem. (soit 400 €/an)
	3 <sup>e</sup> année	250 €/sem. (soit 500 €/an)
	4 <sup>e</sup> année et +	300 €/sem. (soit 600 €/an)
<b>AIDES AUDITIVES</b>		
<b>La prise en charge des aides auditives est limitée à un équipement par oreille tous les 4 ans.</b> Ce délai de renouvellement s'entend pour chaque oreille indépendamment.		
Le remboursement d'une aide auditive ne peut pas excéder 1 700 €. Conformément à la réglementation, ce plafond de 1 700 € est calculé en y incluant le remboursement du régime obligatoire et le remboursement complémentaire éventuel des régimes locaux ou spéciaux (Alsace-Moselle, SNCF, etc.), .		
<b>Equipements "100% santé"</b>		
Les aides auditives "100% santé" (classe I) sont définies par la réglementation (se reporter à vos Conditions générales ou à votre Notice d'information).		Frais réels dans la limite des prix limites de vente définis par la réglementation
<b>Aides auditives à tarifs libres</b>		
Aides auditives à tarifs libres (classe II)		810 €/oreille
<b>Accessoires</b>		
Accessoires, entretien et piles pour appareil auditif		200%
<b>CURE THERMALE</b>		
Forfait de surveillance thermale ou pratiques médicales complémentaires par un médecin ayant adhéré à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (DPTAM)		220%
Forfait de surveillance thermale ou pratiques médicales complémentaires par un médecin n'ayant pas adhéré à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (DPTAM)		200%
Forfait thermal		200%
Frais d'hébergement et de transport, même si non remboursés par la Sécurité sociale, la cure étant remboursée par la Sécurité sociale		200 €/an
<b>ASSISTANCE</b>		
<b>La description ci-dessous est un résumé des garanties d'assistance.</b> Se référer à vos Conditions générales ou votre Notice d'information pour avoir la description complète des garanties, des limitations et des conditions d'utilisation.		
Aide-ménagère suite à une hospitalisation de plus de 24 heures et par dérogation dans les cas prévus dans vos Conditions générales ou votre Notice d'information		Dans la limite de 40 heures par an
Garde-malade suite à une hospitalisation de plus de 24 heures		Une fois par an dans la limite de 40 heures
Garde-enfants pendant une hospitalisation de plus de 24 heures		Une fois par an dans la limite de 40 heures
Garde-animaux pendant une hospitalisation de plus de 24 heures		Une fois par an dans la limite de 250 €
Soutien scolaire suite à une immobilisation au domicile ou une hospitalisation		12 semaines par an dans la limite de 15 heures par semaine

Document non contractuel

AXA France Vie - S.A. au capital de 487 725 073,50 € - RCS Nanterre 310 499 959- TVA intracommunautaire n° FR 62 310 499 959. AXA Assurances Vie Mutuelle - Société d'assurance mutuelle sur la vie et de capitalisation à cotisations fixes - Siren 353 457 245 - TVA intracommunautaire n° FR 48 353 457 245. AXA France IARD - S.A. au capital de 214 799 030 € - RCS Nanterre 722 057 460 - TVA intracommunautaire n° FR 14 722 057 460. AXA Assurances IARD Mutuelle - Société d'assurance mutuelle à cotisations fixes contre l'incendie, les accidents et risques divers - Siren 775 699 309 - TVA intracommunautaire n° FR 39 775 699 309. Sièges sociaux : 313, Terrasses de l'Arche 92727 Nanterre Cedex. Entreprises régies par le Code des assurances.



# Ma Santé 150% Néo



## avec Modules Hospi + Optique Dentaire

### Règles générales applicables aux garanties

Les mots ou expressions soulignés sont définis dans le lexique de vos Conditions générales ou de votre Notice d'information.

#### Bien comprendre votre tableau de garanties

Nous prenons en charge uniquement les frais qui ont préalablement donné lieu à un remboursement par votre régime obligatoire d'assurance maladie français sauf lorsque cela est explicitement mentionné dans le tableau de garanties.

Vos garanties sont exprimées en pourcentage de la base de remboursement de la Sécurité sociale, en forfait en Euro ou en une combinaison des deux.

■ Les pourcentages intègrent les remboursements de votre régime obligatoire d'assurance maladie. Notre remboursement couvre la différence entre le taux remboursé par la Sécurité sociale et le taux affiché.

■ Les forfaits exprimés en Euro s'entendent par assuré. Lorsqu'ils sont définis par an, il s'agit de l'année d'assurance. Ils viennent en complément des remboursements de votre régime obligatoire d'assurance maladie français sauf indication spécifique. Ces forfaits ne sont pas reportables d'une année sur l'autre.

Les garanties "100% santé" et les garanties à tarifs limités ou libres ne se cumulent pas.

Les garanties du tableau sont explicitées dans vos Conditions générales ou votre Notice d'information.

#### Bon à savoir

- Le total des remboursements que vous percevez ne peut en aucun cas dépasser les frais réels engagés.
- La participation forfaitaire ainsi que les franchises sur les médicaments, sur les actes effectués par un auxiliaire médical et sur les transports ne sont pas prises en charge.
- Si vous ne respectez pas le parcours de soins, nous ne prenons pas en charge l'ensemble des pénalités appliquées par la Sécurité sociale (majoration du ticket modérateur, augmentation autorisée des tarifs conventionnels).

Des exclusions et des limitations de garanties générales sont indiquées dans vos Conditions générales ou votre Notice d'information. Pour les soins à l'étranger, se reporter à la rubrique « Soins à l'étranger » dans vos Conditions générales ou votre Notice d'information.

#### HOSPITALISATION

##### Honoraires

Honoraires des médecins (y compris chirurgiens) ayant adhéré à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (DPTAM)	1 <sup>re</sup> année	220% <sup>(1)</sup>
	2 <sup>e</sup> année et +	400% <sup>(1)</sup>
Honoraires des médecins (y compris chirurgiens) n'ayant pas adhéré à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (DPTAM)	1 <sup>re</sup> année	200% <sup>(1)</sup>
	2 <sup>e</sup> année et +	200% <sup>(1)</sup>

<sup>(1)</sup> Les 3 premiers mois d'assurance le taux de remboursement est limité à 100%, sauf en cas d'accident, dans ce cas le taux entier est appliqué, ou en cas de reprise de contrat à la concurrence, dans ce cas le taux de votre ancien contrat est appliqué sans pouvoir excéder les limites prévues au tableau ci-dessus. Cela s'applique à la souscription du contrat et lors de l'ajout d'un bénéficiaire à l'exception des nouveau-nés.

##### Frais de séjour

Ticket modérateur sur le prix de journée ou sur les actes peu coûteux, participation forfaitaire pour les actes coûteux

- En établissement conventionné
- En établissement non conventionné

Frais réels

100%

##### Forfait journalier hospitalier

Forfait journalier hospitalier

Frais réels

##### Chambre particulière et lit pour accompagnant

Chambre particulière non remboursée par la Sécurité sociale (dans la limite de 30 jours par année d'assurance en moyen séjour)

- avec nuitée
- sans nuitée (en ambulatoire)

90 €/jour

45 €/jour

Lit pour accompagnant non remboursé par la Sécurité sociale

15 €/jour

##### Confort à l'hôpital

Télévision, connexion internet, téléphone (dans la limite de 30 jours par année d'assurance en moyen séjour)

10 €/jour

##### Hospitalisation à domicile (HAD)

Hospitalisation à domicile (HAD)

150%

<b>SOINS COURANTS</b>	
<b>Honoraires médicaux</b>	
Consultations, visites et actes (radio, petite chirurgie) de médecins généralistes et spécialistes ayant adhéré à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (DPTAM)	170%
Consultations, visites et actes (radio, petite chirurgie) de médecins généralistes et spécialistes n'ayant pas adhéré à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (DPTAM)	150%
<b>Analyses et examens de laboratoire</b>	
Examens médicaux (biologie, analyse médicale)	150%
<b>Honoraires paramédicaux</b>	
Auxiliaires médicaux (par exemple : infirmier et infirmière, sage-femme, kinésithérapeute, orthophoniste, orthoptiste)	150%
<b>Médicaments</b>	
Médicaments à service médical rendu majeur ou important (ex-vignette blanche)	100%
Médicaments à service médical rendu modéré (ex-vignette bleue)	100%
Médicaments à service médical rendu faible (ex-vignette orange)	Non pris en charge
<b>Matériel médical</b>	
Prothèses, pansements, petits matériels et autres produits définis sur la Liste des Produits et Prestations remboursables de la Sécurité sociale (hors lunettes et aides auditives pour lesquelles se référer à leurs lignes spécifiques).	150%
<b>Médecine douce et prévention</b>	
Médecine douce (ostéopathe, chiropracteur, acupuncteur, pédicure-podologue) et psychologue non remboursés par la Sécurité sociale	25 €/séance
- Nombre de séances remboursées toutes spécialités confondues	1 <sup>re</sup> , 2 <sup>e</sup> année 3 <sup>e</sup> année et + 3 séances /an 6 séances /an
Forfait prévention	
- Sevrage tabagique : Tous les médicaments et produits à base de nicotine prescrits par un médecin, dans un but de sevrage tabagique (avec Autorisation de Mise sur le Marché ou norme Afnor) même non remboursés par la Sécurité sociale	90 €/an
- Vaccin antigrippe prescrit non remboursé par la Sécurité sociale	
- Consultation diététicien non remboursée par la Sécurité sociale	
<b>TRANSPORT SANITAIRE</b>	
Transports prescrits pour l'hospitalisation ou la médecine de ville	150%
<b>OPTIQUE</b>	
<b>La prise en charge des lunettes est limitée à une paire tous les 2 ans pour les personnes de 16 ans et plus et à une paire tous les ans pour les enfants de moins de 16 ans, sauf en cas d'évolution de la vue objectivée par une nouvelle prescription médicale ophtalmologique.</b>	
Le montant remboursé pour un équipement (2 verres + une monture) est dans tous les cas limité aux plafonds définis par la réglementation des contrats responsables.	
Les forfaits en Euro sur les lunettes (verres ou montures) intègrent le remboursement de la Sécurité sociale et l'éventuel remboursement complémentaire des régimes locaux ou spéciaux (Alsace-Moselle, SNCF, etc.)	
Se reporter à vos Conditions générales ou à votre Notice d'information pour plus de précisions sur les conditions de renouvellement et sur la réglementation applicable.	
<b>Equipements "100% santé"</b>	
Lunettes "100% santé", verres et monture de classe A, telles que définies par la réglementation	Frais réels dans la limite des prix limites de vente définis par la réglementation
<b>Lunettes à tarifs libres</b>	
Verres de classe B	
La Grille optique C vous permet un remboursement sans reste à charge dans le réseau Itelis sur une sélection de verres et de traitements. Elle définit un forfait de remboursement par verre en fonction de leur correction en dehors du réseau Itelis. La Grille optique C est décrite en annexe de ce document.	Grille optique C 
Monture de classe B	100 € pour la monture
<b>Lentilles</b>	
Les lentilles prescrites sont prises en charge même si non remboursées par la Sécurité sociale. Le ticket modérateur des lentilles remboursées par la Sécurité sociale est pris en charge même si le forfait annuel est épuisé.	300 €/an
<b>Chirurgie réfractive</b>	
Opération de la myopie, de l'hypermétropie, de l'astigmatisme et de la presbytie par laser, non remboursée par la Sécurité sociale	390 €/œil

## DENTAIRE

### Soins

Consultations et soins dentaires (hors inlays-onlays d'obturation), chirurgie et parodontologie remboursée

200%

### Prothèses

Prothèses à tarifs limités, prothèses à tarifs libres, inlays-onlays d'obturation

Les prothèses à tarifs limités et les prothèses à tarifs libres sont définies par la réglementation. Pour les prothèses à tarifs limités, notre garantie ne peut dépasser les honoraires limites de facturation réglementaires.

1<sup>re</sup>, 2<sup>e</sup> année

100% + 420 € /an

Les prothèses à tarifs limités incluent certaines couronnes céramo-métalliques sur deuxièmes prémolaires et molaires ; les prothèses à tarifs libres incluent certaines couronnes céramo-céramiques (se reporter à vos Conditions générales ou à votre Notice d'information pour trouver plus d'exemples et les références précises à la réglementation).

3<sup>e</sup> année

100% + 500 € /an

4<sup>e</sup> année et +

100% + 550 € /an

Le forfait en Euro est utilisable pour les implants et la parodontologie non remboursés par la Sécurité sociale.

### Soins et prothèses "100% santé"

Les soins et prothèses "100% santé" sont définis par la réglementation.

Ces prothèses incluent certaines couronnes céramo-métalliques sur incisives, canines et premières prémolaires, certaines couronnes métalliques sur les autres dents (se reporter à vos Conditions générales ou à votre Notice d'information pour trouver plus d'exemples et les références précises à la réglementation).

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

### Orthodontie

Orthodontie (versé par semestre)

Le forfait en Euro est utilisable pour l'orthodontie adulte même non remboursée par la Sécurité sociale.

1<sup>re</sup>, 2<sup>e</sup> année

270 € /sem. (soit 540 € /an)

3<sup>e</sup> année

300 € /sem. (soit 600 € /an)

4<sup>e</sup> année et +

350 € /sem. (soit 700 € /an)

## AIDES AUDITIVES

**La prise en charge des aides auditives est limitée à un équipement par oreille tous les 4 ans.** Ce délai de renouvellement s'entend pour chaque oreille indépendamment.

Le remboursement d'une aide auditive ne peut pas excéder 1 700 €. Conformément à la réglementation, ce plafond de 1 700 € est calculé en y incluant le remboursement du régime obligatoire et le remboursement complémentaire éventuel des régimes locaux ou spéciaux (Alsace-Moselle, SNCF, etc.), .

### Equipements "100% santé"

Les aides auditives "100% santé" (classe I) sont définies par la réglementation (se reporter à vos Conditions générales ou à votre Notice d'information).

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

### Aides auditives à tarifs libres

Aides auditives à tarifs libres (classe II)

760 € /oreille

### Accessoires

Accessoires, entretien et piles pour appareil auditif

150%

## CURE THERMALE

Cure thermale

Non pris en charge

## ASSISTANCE

**La description ci-dessous est un résumé des garanties d'assistance.** Se référer à vos Conditions générales ou votre Notice d'information pour avoir la description complète des garanties, des limitations et des conditions d'utilisation.

Aide-ménagère suite à une hospitalisation de plus de 24 heures et par dérogation dans les cas prévus dans vos Conditions générales ou votre Notice d'information

Dans la limite de 40 heures par an

Garde-malade suite à une hospitalisation de plus de 24 heures

Une fois par an dans la limite de 40 heures

Garde-enfants pendant une hospitalisation de plus de 24 heures

Une fois par an dans la limite de 40 heures

Garde-animaux pendant une hospitalisation de plus de 24 heures

Une fois par an dans la limite de 250 €

Soutien scolaire suite à une immobilisation au domicile ou une hospitalisation

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

Document non contractuel

AXA France Vie - S.A. au capital de 487 725 073,50 € - RCS Nanterre 310 499 959- TVA intracommunautaire n° FR 62 310 499 959. AXA Assurances Vie Mutuelle - Société d'assurance mutuelle sur la vie et de capitalisation à cotisations fixes - Siren 353 457 245 - TVA intracommunautaire n° FR 48 353 457 245. AXA France IARD - S.A. au capital de 214 799 030 € - RCS Nanterre 722 057 460 - TVA intracommunautaire n° FR 14 722 057 460. AXA Assurances IARD Mutuelle - Société d'assurance mutuelle à cotisations fixes contre l'incendie, les accidents et risques divers - Siren 775 699 309 - TVA intracommunautaire n° FR 39 775 699 309. Sièges sociaux : 313, Terrasses de l'Arche 92727 Nanterre Cedex. **Entreprises régies par le Code des assurances.**

Sommaire

MA150RHOSOD



# Ma Santé 150% Néo



## avec Modules Hospi + Confort

### Règles générales applicables aux garanties

Les mots ou expressions soulignés sont définis dans le lexique de vos Conditions générales ou de votre Notice d'information.

#### Bien comprendre votre tableau de garanties

Nous prenons en charge uniquement les frais qui ont préalablement donné lieu à un remboursement par votre régime obligatoire d'assurance maladie français sauf lorsque cela est explicitement mentionné dans le tableau de garanties.

Vos garanties sont exprimées en pourcentage de la base de remboursement de la Sécurité sociale, en forfait en Euro ou en une combinaison des deux.

- Les pourcentages intègrent les remboursements de votre régime obligatoire d'assurance maladie. Notre remboursement couvre la différence entre le taux remboursé par la Sécurité sociale et le taux affiché.
- Les forfaits exprimés en Euro s'entendent par assuré. Lorsqu'ils sont définis par an, il s'agit de l'année d'assurance. Ils viennent en complément des remboursements de votre régime obligatoire d'assurance maladie français sauf indication spécifique. Ces forfaits ne sont pas reportables d'une année sur l'autre.

Les garanties "100% santé" et les garanties à tarifs limités ou libres ne se cumulent pas.

Les garanties du tableau sont explicitées dans vos Conditions générales ou votre Notice d'information.

#### Bon à savoir

- Le total des remboursements que vous percevez ne peut en aucun cas dépasser les frais réels engagés.
- La participation forfaitaire ainsi que les franchises sur les médicaments, sur les actes effectués par un auxiliaire médical et sur les transports ne sont pas prises en charge.
- Si vous ne respectez pas le parcours de soins, nous ne prenons pas en charge l'ensemble des pénalités appliquées par la Sécurité sociale (majoration du ticket modérateur, augmentation autorisée des tarifs conventionnels).

Des exclusions et des limitations de garanties générales sont indiquées dans vos Conditions générales ou votre Notice d'information. Pour les soins à l'étranger, se reporter à la rubrique « Soins à l'étranger » dans vos Conditions générales ou votre Notice d'information.

#### HOSPITALISATION

##### Honoraires

Honoraires des médecins (y compris chirurgiens) ayant adhéré à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (DPTAM)	1 <sup>re</sup> année	220% <sup>(1)</sup>
	2 <sup>e</sup> année et +	400% <sup>(1)</sup>
Honoraires des médecins (y compris chirurgiens) n'ayant pas adhéré à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (DPTAM)	1 <sup>re</sup> année	200% <sup>(1)</sup>
	2 <sup>e</sup> année et +	200% <sup>(1)</sup>

<sup>(1)</sup> Les 3 premiers mois d'assurance le taux de remboursement est limité à 100%, sauf en cas d'accident, dans ce cas le taux entier est appliqué, ou en cas de reprise de contrat à la concurrence, dans ce cas le taux de votre ancien contrat est appliqué sans pouvoir excéder les limites prévues au tableau ci-dessus. Cela s'applique à la souscription du contrat et lors de l'ajout d'un bénéficiaire à l'exception des nouveau-nés.

##### Frais de séjour

Ticket modérateur sur le prix de journée ou sur les actes peu coûteux, participation forfaitaire pour les actes coûteux

- En établissement conventionné	Frais réels
- En établissement non conventionné	100%

##### Forfait journalier hospitalier

Forfait journalier hospitalier	Frais réels
--------------------------------	-------------

##### Chambre particulière et lit pour accompagnant

Chambre particulière non remboursée par la Sécurité sociale (dans la limite de 30 jours par année d'assurance en moyen séjour)

- avec nuitée	90 € /jour
- sans nuitée (en ambulatoire)	45 € /jour

Lit pour accompagnant non remboursé par la Sécurité sociale

15 € /jour

##### Confort à l'hôpital

Télévision, connexion internet, téléphone (dans la limite de 30 jours par année d'assurance en moyen séjour)

10 € /jour

##### Hospitalisation à domicile (HAD)

Hospitalisation à domicile (HAD)

150%

<b>SOINS COURANTS</b>					
<b>Honoraires médicaux</b>					
Consultations, visites et actes (radio, petite chirurgie) de médecins généralistes et spécialistes ayant adhéré à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (DPTAM)	195%				
Consultations, visites et actes (radio, petite chirurgie) de médecins généralistes et spécialistes n'ayant pas adhéré à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (DPTAM)	175%				
<b>Analyses et examens de laboratoire</b>					
Examens médicaux (biologie, analyse médicale)	150%				
<b>Honoraires paramédicaux</b>					
Auxiliaires médicaux (par exemple : infirmier et infirmière, sage-femme, kinésithérapeute, orthophoniste, orthoptiste)	150%				
<b>Médicaments</b>					
Tout médicament remboursé par la Sécurité sociale	100%				
Médicament prescrit et non remboursé par la Sécurité sociale	30 €/an				
<b>Matériel médical</b>					
Prothèses, pansements, petits matériels et autres produits définis sur la Liste des Produits et Prestations remboursables de la Sécurité sociale (hors lunettes et aides auditives pour lesquelles se référer à leurs lignes spécifiques).	150%				
<b>Médecine douce et prévention</b>					
Médecine douce (ostéopathe, chiropracteur, acupuncteur, pédicure-podologue) et psychothérapeute non remboursés par la Sécurité sociale	50 €/séance				
- Nombre de séances remboursées toutes spécialités confondues	<table border="0"> <tr> <td>1<sup>re</sup>, 2<sup>e</sup> année</td> <td>3 séances /an</td> </tr> <tr> <td>3<sup>e</sup> année et +</td> <td>6 séances /an</td> </tr> </table>	1 <sup>re</sup> , 2 <sup>e</sup> année	3 séances /an	3 <sup>e</sup> année et +	6 séances /an
1 <sup>re</sup> , 2 <sup>e</sup> année	3 séances /an				
3 <sup>e</sup> année et +	6 séances /an				
Forfait prévention					
- Sevrage tabagique : Tous les médicaments et produits à base de nicotine prescrits par un médecin, dans un but de sevrage tabagique (avec Autorisation de Mise sur le Marché ou norme Afnor) même non remboursés par la Sécurité sociale					
- Vaccin antigrippe prescrit non remboursé par la Sécurité sociale	90 €/an				
- Consultation diététicien non remboursée par la Sécurité sociale					
- Traitement DMLA par compléments en Oméga 3 prescrit par un médecin et non remboursé par la Sécurité sociale					
- Dépistage de l'ostéoporose prescrit par un médecin et non remboursé par la Sécurité sociale					
<b>TRANSPORT SANITAIRE</b>					
Transports prescrits pour l'hospitalisation ou la médecine de ville	150%				
<b>OPTIQUE</b>					
<b>La prise en charge des lunettes est limitée à une paire tous les 2 ans pour les personnes de 16 ans et plus et à une paire tous les ans pour les enfants de moins de 16 ans</b> , sauf en cas d'évolution de la vue objectivée par une nouvelle prescription médicale ophtalmologique.					
Le montant remboursé pour un équipement (2 verres + une monture) est dans tous les cas limité aux plafonds définis par la réglementation des contrats responsables.					
Les forfaits en Euro sur les lunettes (verres ou montures) intègrent le remboursement de la Sécurité sociale et l'éventuel remboursement complémentaire des régimes locaux ou spéciaux (Alsace-Moselle, SNCF, etc.)					
Se reporter à vos Conditions générales ou à votre Notice d'information pour plus de précisions sur les conditions de renouvellement et sur la réglementation applicable.					
<b>Equipements "100% santé"</b>					
Lunettes "100% santé", verres et monture de classe A, telles que définies par la réglementation	Frais réels dans la limite des prix limites de vente définis par la réglementation				
<b>Lunettes à tarifs libres</b>					
Verres de classe B					
La Grille optique B vous permet un remboursement sans reste à charge dans le réseau Itelis sur une sélection de verres et de traitements. Elle définit un forfait de remboursement par verre en fonction de leur correction en dehors du réseau Itelis. La Grille optique B est décrite en annexe de ce document.					
Monture de classe B	<table border="0"> <tr> <td>1<sup>re</sup>, 2<sup>e</sup> année</td> <td>75 € pour la monture</td> </tr> <tr> <td>3<sup>e</sup> année et +</td> <td>100 € pour la monture</td> </tr> </table>	1 <sup>re</sup> , 2 <sup>e</sup> année	75 € pour la monture	3 <sup>e</sup> année et +	100 € pour la monture
1 <sup>re</sup> , 2 <sup>e</sup> année	75 € pour la monture				
3 <sup>e</sup> année et +	100 € pour la monture				
<b>Lentilles</b>					
Les lentilles prescrites sont prises en charge même si non remboursées par la Sécurité sociale. Le ticket modérateur des lentilles remboursées par la Sécurité sociale est pris en charge même si le forfait annuel est épuisé.	200 €/an				
<b>Chirurgie réfractive</b>					
Opération de la myopie, de l'hypermétropie, de l'astigmatisme et de la presbytie par laser, non remboursée par la Sécurité sociale	290 €/œil				

## DENTAIRE

### Soins

Consultations et soins dentaires (hors inlays-onlays d'obturation), chirurgie et parodontologie remboursée 150%

### Prothèses

Prothèses à tarifs limités, prothèses à tarifs libres, inlays-onlays d'obturation

Les prothèses à tarifs limités et les prothèses à tarifs libres sont définies par la réglementation. Pour les prothèses à tarifs limités, notre garantie ne peut dépasser les honoraires limites de facturation réglementaires.

1<sup>re</sup>, 2<sup>e</sup> année 100% + 300 € /an

Les prothèses à tarifs limités incluent certaines couronnes céramo-métalliques sur deuxième prémolaires et molaires ; les prothèses à tarifs libres incluent certaines couronnes céramo-céramiques (se reporter à vos Conditions générales ou à votre Notice d'information pour trouver plus d'exemples et les références précises à la réglementation).

3<sup>e</sup> année 100% + 400 € /an

Le forfait en Euro est utilisable pour les implants et la parodontologie non remboursés par la Sécurité sociale.

4<sup>e</sup> année et + 100% + 450 € /an

### Soins et prothèses "100% santé"

Les soins et prothèses "100% santé" sont définis par la réglementation.

Ces prothèses incluent certaines couronnes céramo-métalliques sur incisives, canines et premières prémolaires, certaines couronnes métalliques sur les autres dents (se reporter à vos Conditions générales ou à votre Notice d'information pour trouver plus d'exemples et les références précises à la réglementation).

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

### Orthodontie

Orthodontie (versé par semestre)

1<sup>re</sup>, 2<sup>e</sup> année 200 € /sem. (soit 400 € /an)

3<sup>e</sup> année 250 € /sem. (soit 500 € /an)

4<sup>e</sup> année et + 300 € /sem. (soit 600 € /an)

## AIDES AUDITIVES

**La prise en charge des aides auditives est limitée à un équipement par oreille tous les 4 ans.** Ce délai de renouvellement s'entend pour chaque oreille indépendamment.

Le remboursement d'une aide auditive ne peut pas excéder 1 700 €. Conformément à la réglementation, ce plafond de 1 700 € est calculé en y incluant le remboursement du régime obligatoire et le remboursement complémentaire éventuel des régimes locaux ou spéciaux (Alsace-Moselle, SNCF, etc.), .

### Equipements "100% santé"

Les aides auditives "100% santé" (classe I) sont définies par la réglementation (se reporter à vos Conditions générales ou à votre Notice d'information).

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

### Aides auditives à tarifs libres

Aides auditives à tarifs libres (classe II)

810 € /oreille

### Accessoires

Accessoires, entretien et piles pour appareil auditif

200%

## CURE THERMALE

Forfait de surveillance thermale ou pratiques médicales complémentaires par un médecin ayant adhéré à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (DPTAM)

220%

Forfait de surveillance thermale ou pratiques médicales complémentaires par un médecin n'ayant pas adhéré à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (DPTAM)

200%

Forfait thermal

200%

Frais d'hébergement et de transport, même si non remboursés par la Sécurité sociale, la cure étant remboursée par la Sécurité sociale

200 € /an

## ASSISTANCE

**La description ci-dessous est un résumé des garanties d'assistance.** Se référer à vos Conditions générales ou votre Notice d'information pour avoir la description complète des garanties, des limitations et des conditions d'utilisation.

Aide-ménagère suite à une hospitalisation de plus de 24 heures et par dérogation dans les cas prévus dans vos Conditions générales ou votre Notice d'information

Dans la limite de 40 heures par an

Garde-malade suite à une hospitalisation de plus de 24 heures

Une fois par an dans la limite de 40 heures

Garde-enfants pendant une hospitalisation de plus de 24 heures

Une fois par an dans la limite de 40 heures

Garde-animaux pendant une hospitalisation de plus de 24 heures

Une fois par an dans la limite de 250 €

Soutien scolaire suite à une immobilisation au domicile ou une hospitalisation

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

Document non contractuel

AXA France Vie - S.A. au capital de 487 725 073,50 € - RCS Nanterre 310 499 959- TVA intracommunautaire n° FR 62 310 499 959. AXA Assurances Vie Mutuelle - Société d'assurance mutuelle sur la vie et de capitalisation à cotisations fixes - Siren 353 457 245 - TVA intracommunautaire n° FR 48 353 457 245. AXA France IARD - S.A. au capital de 214 799 030 € - RCS Nanterre 722 057 460 - TVA intracommunautaire n° FR 14 722 057 460. AXA Assurances IARD Mutuelle - Société d'assurance mutuelle à cotisations fixes contre l'incendie, les accidents et risques divers - Siren 775 699 309 - TVA intracommunautaire n° FR 39 775 699 309. Sièges sociaux : 313, Terrasses de l'Arche 92727 Nanterre Cedex. Entreprises régies par le Code des assurances.

Sommaire

MA150RHOSCON



# Ma Santé 150% Néo



## avec Modules Optique Dentaire + Confort

### Règles générales applicables aux garanties

Les mots ou expressions soulignés sont définis dans le lexique de vos Conditions générales ou de votre Notice d'information.

#### Bien comprendre votre tableau de garanties

Nous prenons en charge uniquement les frais qui ont préalablement donné lieu à un remboursement par votre régime obligatoire d'assurance maladie français sauf lorsque cela est explicitement mentionné dans le tableau de garanties.

Vos garanties sont exprimées en pourcentage de la base de remboursement de la Sécurité sociale, en forfait en Euro ou en une combinaison des deux.

■ Les pourcentages intègrent les remboursements de votre régime obligatoire d'assurance maladie. Notre remboursement couvre la différence entre le taux remboursé par la Sécurité sociale et le taux affiché.

■ Les forfaits exprimés en Euro s'entendent par assuré. Lorsqu'ils sont définis par an, il s'agit de l'année d'assurance. Ils viennent en complément des remboursements de votre régime obligatoire d'assurance maladie français sauf indication spécifique. Ces forfaits ne sont pas reportables d'une année sur l'autre.

Les garanties "100% santé" et les garanties à tarifs limités ou libres ne se cumulent pas.

Les garanties du tableau sont explicitées dans vos Conditions générales ou votre Notice d'information.

#### Bon à savoir

- Le total des remboursements que vous percevez ne peut en aucun cas dépasser les frais réels engagés.
- La participation forfaitaire ainsi que les franchises sur les médicaments, sur les actes effectués par un auxiliaire médical et sur les transports ne sont pas prises en charge.
- Si vous ne respectez pas le parcours de soins, nous ne prenons pas en charge l'ensemble des pénalités appliquées par la Sécurité sociale (majoration du ticket modérateur, augmentation autorisée des tarifs conventionnels).

Des exclusions et des limitations de garanties générales sont indiquées dans vos Conditions générales ou votre Notice d'information. Pour les soins à l'étranger, se reporter à la rubrique « Soins à l'étranger » dans vos Conditions générales ou votre Notice d'information.

HOSPITALISATION	
Honoraires	
Honoraires des médecins (y compris chirurgiens) ayant adhéré à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (DPTAM)	170% <sup>(1)</sup>
Honoraires des médecins (y compris chirurgiens) n'ayant pas adhéré à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (DPTAM)	150% <sup>(1)</sup>
<sup>(1)</sup> Les 3 premiers mois d'assurance le taux de remboursement est limité à 100%, sauf en cas d'accident, dans ce cas le taux entier est appliqué, ou en cas de reprise de contrat à la concurrence, dans ce cas le taux de votre ancien contrat est appliqué sans pouvoir excéder les limites prévues au tableau ci-dessus. Cela s'applique à la souscription du contrat et lors de l'ajout d'un bénéficiaire à l'exception des nouveau-nés.	
Frais de séjour	
Ticket modérateur sur le prix de journée ou sur les actes peu coûteux, participation forfaitaire pour les actes coûteux	Frais réels
- En établissement conventionné	100%
- En établissement non conventionné	Frais réels
Forfait journalier hospitalier	
Forfait journalier hospitalier	Frais réels
Chambre particulière et lit pour accompagnant	
Chambre particulière non remboursée par la Sécurité sociale (dans la limite de 30 jours par année d'assurance en moyen séjour)	
- avec nuitée	70 € /jour
- sans nuitée (en ambulatoire)	35 € /jour
Lit pour accompagnant non remboursé par la Sécurité sociale	15 € /jour
Confort à l'hôpital	
Télévision, connexion internet, téléphone (dans la limite de 30 jours par année d'assurance en moyen séjour)	5 € /jour
Hospitalisation à domicile (HAD)	
Hospitalisation à domicile (HAD)	150%

<b>SOINS COURANTS</b>					
<b>Honoraires médicaux</b>					
Consultations, visites et actes (radio, petite chirurgie) de médecins généralistes et spécialistes ayant adhéré à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (DPTAM)	195%				
Consultations, visites et actes (radio, petite chirurgie) de médecins généralistes et spécialistes n'ayant pas adhéré à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (DPTAM)	175%				
<b>Analyses et examens de laboratoire</b>					
Examens médicaux (biologie, analyse médicale)	150%				
<b>Honoraires paramédicaux</b>					
Auxiliaires médicaux (par exemple : infirmier et infirmière, sage-femme, kinésithérapeute, orthophoniste, orthoptiste)	150%				
<b>Médicaments</b>					
Tout médicament remboursé par la Sécurité sociale	100%				
Médicament prescrit et non remboursé par la Sécurité sociale	30 €/an				
<b>Matériel médical</b>					
Prothèses, pansements, petits matériels et autres produits définis sur la Liste des Produits et Prestations remboursables de la Sécurité sociale (hors lunettes et aides auditives pour lesquelles se référer à leurs lignes spécifiques).	150%				
<b>Médecine douce et prévention</b>					
Médecine douce (ostéopathe, chiropracteur, acupuncteur, pédicure-podologue) et psychothérapeute non remboursés par la Sécurité sociale	50 €/séance				
- Nombre de séances remboursées toutes spécialités confondues	<table border="0"> <tr> <td>1<sup>re</sup>, 2<sup>e</sup> année</td> <td>3 séances /an</td> </tr> <tr> <td>3<sup>e</sup> année et +</td> <td>6 séances /an</td> </tr> </table>	1 <sup>re</sup> , 2 <sup>e</sup> année	3 séances /an	3 <sup>e</sup> année et +	6 séances /an
1 <sup>re</sup> , 2 <sup>e</sup> année	3 séances /an				
3 <sup>e</sup> année et +	6 séances /an				
Forfait prévention					
- Sevrage tabagique : Tous les médicaments et produits à base de nicotine prescrits par un médecin, dans un but de sevrage tabagique (avec Autorisation de Mise sur le Marché ou norme Afnor) même non remboursés par la Sécurité sociale					
- Vaccin antigrippe prescrit non remboursé par la Sécurité sociale	90 €/an				
- Consultation diététicien non remboursée par la Sécurité sociale					
- Traitement DMLA par compléments en Oméga 3 prescrit par un médecin et non remboursé par la Sécurité sociale					
- Dépistage de l'ostéoporose prescrit par un médecin et non remboursé par la Sécurité sociale					
<b>TRANSPORT SANITAIRE</b>					
Transports prescrits pour l'hospitalisation ou la médecine de ville	150%				
<b>OPTIQUE</b>					
<b>La prise en charge des lunettes est limitée à une paire tous les 2 ans pour les personnes de 16 ans et plus et à une paire tous les ans pour les enfants de moins de 16 ans</b> , sauf en cas d'évolution de la vue objectivée par une nouvelle prescription médicale ophtalmologique.					
Le montant remboursé pour un équipement (2 verres + une monture) est dans tous les cas limité aux plafonds définis par la réglementation des contrats responsables.					
Les forfaits en Euro sur les lunettes (verres ou montures) intègrent le remboursement de la Sécurité sociale et l'éventuel remboursement complémentaire des régimes locaux ou spéciaux (Alsace-Moselle, SNCF, etc.)					
Se reporter à vos Conditions générales ou à votre Notice d'information pour plus de précisions sur les conditions de renouvellement et sur la réglementation applicable.					
<b>Equipements "100% santé"</b>					
Lunettes "100% santé", verres et monture de classe A, telles que définies par la réglementation	Frais réels dans la limite des prix limites de vente définis par la réglementation				
<b>Lunettes à tarifs libres</b>					
Verres de classe B					
La Grille optique C vous permet un remboursement sans reste à charge dans le réseau Itelis sur une sélection de verres et de traitements. Elle définit un forfait de remboursement par verre en fonction de leur correction en dehors du réseau Itelis. La Grille optique C est décrite en annexe de ce document.	Grille optique C 				
Monture de classe B	100 € pour la monture				
<b>Lentilles</b>					
Les lentilles prescrites sont prises en charge même si non remboursées par la Sécurité sociale. Le ticket modérateur des lentilles remboursées par la Sécurité sociale est pris en charge même si le forfait annuel est épuisé.	300 €/an				
<b>Chirurgie réfractive</b>					
Opération de la myopie, de l'hypermétropie, de l'astigmatisme et de la presbytie par laser, non remboursée par la Sécurité sociale	390 €/œil				

<b>DENTAIRE</b>		
<b>Soins</b>		
Consultations et soins dentaires (hors inlays-onlays d'obturation), chirurgie et parodontologie remboursée	200%	
<b>Prothèses</b>		
Prothèses à tarifs limités, prothèses à tarifs libres, inlays-onlays d'obturation		
Les prothèses à tarifs limités et les prothèses à tarifs libres sont définies par la réglementation. Pour les prothèses à tarifs limités, notre garantie ne peut dépasser les honoraires limites de facturation réglementaires.	1 <sup>re</sup> , 2 <sup>e</sup> année	100% + 420 € /an
Les prothèses à tarifs limités incluent certaines couronnes céramo-métalliques sur deuxièmes prémolaires et molaires ; les prothèses à tarifs libres incluent certaines couronnes céramo-céramiques (se reporter à vos Conditions générales ou à votre Notice d'information pour trouver plus d'exemples et les références précises à la réglementation).	3 <sup>e</sup> année	100% + 500 € /an
Le forfait en Euro est utilisable pour les implants et la parodontologie non remboursés par la Sécurité sociale.	4 <sup>e</sup> année et +	100% + 550 € /an
<b>Soins et prothèses "100% santé"</b>		
Les soins et prothèses "100% santé" sont définis par la réglementation. Ces prothèses incluent certaines couronnes céramo-métalliques sur incisives, canines et premières prémolaires, certaines couronnes métalliques sur les autres dents (se reporter à vos Conditions générales ou à votre Notice d'information pour trouver plus d'exemples et les références précises à la réglementation).	Frais réels dans la limite des honoraires limites de facturation définis par la réglementation	
<b>Orthodontie</b>		
Orthodontie (versé par semestre)	1 <sup>re</sup> , 2 <sup>e</sup> année	270 €/sem. (soit 540 € /an)
Le forfait en Euro est utilisable pour l'orthodontie adulte même non remboursée par la Sécurité sociale.	3 <sup>e</sup> année	300 €/sem. (soit 600 € /an)
	4 <sup>e</sup> année et +	350 €/sem. (soit 700 € /an)
<b>AIDES AUDITIVES</b>		
<b>La prise en charge des aides auditives est limitée à un équipement par oreille tous les 4 ans.</b> Ce délai de renouvellement s'entend pour chaque oreille indépendamment.		
Le remboursement d'une aide auditive ne peut pas excéder 1 700 €. Conformément à la réglementation, ce plafond de 1 700 € est calculé en y incluant le remboursement du régime obligatoire et le remboursement complémentaire éventuel des régimes locaux ou spéciaux (Alsace-Moselle, SNCF, etc.) .		
<b>Equipements "100% santé"</b>		
Les aides auditives "100% santé" (classe I) sont définies par la réglementation (se reporter à vos Conditions générales ou à votre Notice d'information).	Frais réels dans la limite des prix limites de vente définis par la réglementation	
<b>Aides auditives à tarifs libres</b>		
Aides auditives à tarifs libres (classe II)	810 €/oreille	
<b>Accessoires</b>		
Accessoires, entretien et piles pour appareil auditif	200%	
<b>CURE THERMALE</b>		
Forfait de surveillance thermale ou pratiques médicales complémentaires par un médecin ayant adhéré à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (DPTAM)	220%	
Forfait de surveillance thermale ou pratiques médicales complémentaires par un médecin n'ayant pas adhéré à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (DPTAM)	200%	
Forfait thermal	200%	
Frais d'hébergement et de transport, même si non remboursés par la Sécurité sociale, la cure étant remboursée par la Sécurité sociale	200 € /an	
<b>ASSISTANCE</b>		
<b>La description ci-dessous est un résumé des garanties d'assistance.</b> Se référer à vos Conditions générales ou votre Notice d'information pour avoir la description complète des garanties, des limitations et des conditions d'utilisation.		
Aide-ménagère suite à une hospitalisation de plus de 24 heures et par dérogation dans les cas prévus dans vos Conditions générales ou votre Notice d'information	Dans la limite de 40 heures par an	
Garde-malade suite à une hospitalisation de plus de 24 heures	Une fois par an dans la limite de 40 heures	
Garde-enfants pendant une hospitalisation de plus de 24 heures	Une fois par an dans la limite de 40 heures	
Garde-animaux pendant une hospitalisation de plus de 24 heures	Une fois par an dans la limite de 250 €	
Soutien scolaire suite à une immobilisation au domicile ou une hospitalisation	12 semaines par an dans la limite de 15 heures par semaine	

Document non contractuel

AXA France Vie - S.A. au capital de 487 725 073,50 € - RCS Nanterre 310 499 959- TVA intracommunautaire n° FR 62 310 499 959. AXA Assurances Vie Mutuelle - Société d'assurance mutuelle sur la vie et de capitalisation à cotisations fixes - Siren 353 457 245 - TVA intracommunautaire n° FR 48 353 457 245. AXA France IARD - S.A. au capital de 214 799 030 € - RCS Nanterre 722 057 460 - TVA intracommunautaire n° FR 14 722 057 460. AXA Assurances IARD Mutuelle - Société d'assurance mutuelle à cotisations fixes contre l'incendie, les accidents et risques divers - Siren 775 699 309 - TVA intracommunautaire n° FR 39 775 699 309. Sièges sociaux : 313, Terrasses de l'Arche 92727 Nanterre Cedex. **Entreprises régies par le Code des assurances.**

Sommaire

MA150RODCON



# Ma Santé 150% Néo



## avec Modules Hospi + Optique Dentaire + Confort

### Règles générales applicables aux garanties

Les mots ou expressions soulignés sont définis dans le lexique de vos Conditions générales ou de votre Notice d'information.

#### Bien comprendre votre tableau de garanties

Nous prenons en charge uniquement les frais qui ont préalablement donné lieu à un remboursement par votre régime obligatoire d'assurance maladie français sauf lorsque cela est explicitement mentionné dans le tableau de garanties.

Vos garanties sont exprimées en pourcentage de la base de remboursement de la Sécurité sociale, en forfait en Euro ou en une combinaison des deux.

■ Les pourcentages intègrent les remboursements de votre régime obligatoire d'assurance maladie. Notre remboursement couvre la différence entre le taux remboursé par la Sécurité sociale et le taux affiché.

■ Les forfaits exprimés en Euro s'entendent par assuré. Lorsqu'ils sont définis par an, il s'agit de l'année d'assurance. Ils viennent en complément des remboursements de votre régime obligatoire d'assurance maladie français sauf indication spécifique. Ces forfaits ne sont pas reportables d'une année sur l'autre.

Les garanties "100% santé" et les garanties à tarifs limités ou libres ne se cumulent pas.

Les garanties du tableau sont explicitées dans vos Conditions générales ou votre Notice d'information.

#### Bon à savoir

- Le total des remboursements que vous percevez ne peut en aucun cas dépasser les frais réels engagés.
- La participation forfaitaire ainsi que les franchises sur les médicaments, sur les actes effectués par un auxiliaire médical et sur les transports ne sont pas prises en charge.
- Si vous ne respectez pas le parcours de soins, nous ne prenons pas en charge l'ensemble des pénalités appliquées par la Sécurité sociale (majoration du ticket modérateur, augmentation autorisée des tarifs conventionnels).

Des exclusions et des limitations de garanties générales sont indiquées dans vos Conditions générales ou votre Notice d'information. Pour les soins à l'étranger, se reporter à la rubrique « Soins à l'étranger » dans vos Conditions générales ou votre Notice d'information.

#### HOSPITALISATION

##### Honoraires

Honoraires des médecins (y compris chirurgiens) ayant adhéré à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (DPTAM)	1 <sup>re</sup> année	220% <sup>(1)</sup>
	2 <sup>e</sup> année et +	400% <sup>(1)</sup>
Honoraires des médecins (y compris chirurgiens) n'ayant pas adhéré à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (DPTAM)	1 <sup>re</sup> année	200% <sup>(1)</sup>
	2 <sup>e</sup> année et +	200% <sup>(1)</sup>

<sup>(1)</sup> Les 3 premiers mois d'assurance le taux de remboursement est limité à 100%, sauf en cas d'accident, dans ce cas le taux entier est appliqué, ou en cas de reprise de contrat à la concurrence, dans ce cas le taux de votre ancien contrat est appliqué sans pouvoir excéder les limites prévues au tableau ci-dessus. Cela s'applique à la souscription du contrat et lors de l'ajout d'un bénéficiaire à l'exception des nouveau-nés.

##### Frais de séjour

Ticket modérateur sur le prix de journée ou sur les actes peu coûteux, participation forfaitaire pour les actes coûteux

- En établissement conventionné	Frais réels
- En établissement non conventionné	100%

##### Forfait journalier hospitalier

Forfait journalier hospitalier

Frais réels

##### Chambre particulière et lit pour accompagnant

Chambre particulière non remboursée par la Sécurité sociale (dans la limite de 30 jours par année d'assurance en moyen séjour)

- avec nuitée	90 € /jour
- sans nuitée (en ambulatoire)	45 € /jour

Lit pour accompagnant non remboursé par la Sécurité sociale

15 € /jour

##### Confort à l'hôpital

Télévision, connexion internet, téléphone (dans la limite de 30 jours par année d'assurance en moyen séjour)

10 € /jour

##### Hospitalisation à domicile (HAD)

Hospitalisation à domicile (HAD)

150%

<b>SOINS COURANTS</b>					
<b>Honoraires médicaux</b>					
Consultations, visites et actes (radio, petite chirurgie) de médecins généralistes et spécialistes ayant adhéré à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (DPTAM)	195%				
Consultations, visites et actes (radio, petite chirurgie) de médecins généralistes et spécialistes n'ayant pas adhéré à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (DPTAM)	175%				
<b>Analyses et examens de laboratoire</b>					
Examens médicaux (biologie, analyse médicale)	150%				
<b>Honoraires paramédicaux</b>					
Auxiliaires médicaux (par exemple : infirmier et infirmière, sage-femme, kinésithérapeute, orthophoniste, orthoptiste)	150%				
<b>Médicaments</b>					
Tout médicament remboursé par la Sécurité sociale	100%				
Médicament prescrit et non remboursé par la Sécurité sociale	30 €/an				
<b>Matériel médical</b>					
Prothèses, pansements, petits matériels et autres produits définis sur la Liste des Produits et Prestations remboursables de la Sécurité sociale (hors lunettes et aides auditives pour lesquelles se référer à leurs lignes spécifiques).	150%				
<b>Médecine douce et prévention</b>					
Médecine douce (ostéopathe, chiropracteur, acupuncteur, pédicure-podologue) et psychothérapeute non remboursés par la Sécurité sociale	50 €/séance				
- Nombre de séances remboursées toutes spécialités confondues	<table border="1"> <tr> <td>1<sup>re</sup>, 2<sup>e</sup> année</td> <td>3 séances /an</td> </tr> <tr> <td>3<sup>e</sup> année et +</td> <td>6 séances /an</td> </tr> </table>	1 <sup>re</sup> , 2 <sup>e</sup> année	3 séances /an	3 <sup>e</sup> année et +	6 séances /an
1 <sup>re</sup> , 2 <sup>e</sup> année	3 séances /an				
3 <sup>e</sup> année et +	6 séances /an				
Forfait prévention					
- Sevrage tabagique : Tous les médicaments et produits à base de nicotine prescrits par un médecin, dans un but de sevrage tabagique (avec Autorisation de Mise sur le Marché ou norme Afnor) même non remboursés par la Sécurité sociale	90 €/an				
- Vaccin antigrippe prescrit non remboursé par la Sécurité sociale					
- Consultation diététicien non remboursée par la Sécurité sociale					
- Traitement DMLA par compléments en Oméga 3 prescrit par un médecin et non remboursé par la Sécurité sociale					
- Dépistage de l'ostéoporose prescrit par un médecin et non remboursé par la Sécurité sociale					
<b>TRANSPORT SANITAIRE</b>					
Transports prescrits pour l'hospitalisation ou la médecine de ville	150%				
<b>OPTIQUE</b>					
<b>La prise en charge des lunettes est limitée à une paire tous les 2 ans pour les personnes de 16 ans et plus et à une paire tous les ans pour les enfants de moins de 16 ans</b> , sauf en cas d'évolution de la vue objectivée par une nouvelle prescription médicale ophtalmologique.					
Le montant remboursé pour un équipement (2 verres + une monture) est dans tous les cas limité aux plafonds définis par la réglementation des contrats responsables.					
Les forfaits en Euro sur les lunettes (verres ou montures) intègrent le remboursement de la Sécurité sociale et l'éventuel remboursement complémentaire des régimes locaux ou spéciaux (Alsace-Moselle, SNCF, etc.)					
Se reporter à vos Conditions générales ou à votre Notice d'information pour plus de précisions sur les conditions de renouvellement et sur la réglementation applicable.					
<b>Equipements "100% santé"</b>					
Lunettes "100% santé", verres et monture de classe A, telles que définies par la réglementation	Frais réels dans la limite des prix limites de vente définis par la réglementation				
<b>Lunettes à tarifs libres</b>					
Verres de classe B	Grille optique C 				
La Grille optique C vous permet un remboursement sans reste à charge dans le réseau Itelis sur une sélection de verres et de traitements. Elle définit un forfait de remboursement par verre en fonction de leur correction en dehors du réseau Itelis. La Grille optique C est décrite en annexe de ce document.					
Monture de classe B	100 € pour la monture				
<b>Lentilles</b>					
Les lentilles prescrites sont prises en charge même si non remboursées par la Sécurité sociale. Le ticket modérateur des lentilles remboursées par la Sécurité sociale est pris en charge même si le forfait annuel est épuisé.	300 €/an				
<b>Chirurgie réfractive</b>					
Opération de la myopie, de l'hypermétropie, de l'astigmatisme et de la presbytie par laser, non remboursée par la Sécurité sociale	390 €/œil				

<b>DENTAIRE</b>		
<b>Soins</b>		
Consultations et soins dentaires (hors inlays-onlays d'obturation), chirurgie et parodontologie remboursée	200%	
<b>Prothèses</b>		
Prothèses à tarifs limités, prothèses à tarifs libres, inlays-onlays d'obturation		
Les prothèses à tarifs limités et les prothèses à tarifs libres sont définies par la réglementation. Pour les prothèses à tarifs limités, notre garantie ne peut dépasser les honoraires limites de facturation réglementaires.	1 <sup>re</sup> , 2 <sup>e</sup> année	100% + 420 € /an
Les prothèses à tarifs limités incluent certaines couronnes céramo-métalliques sur deuxièmes prémolaires et molaires ; les prothèses à tarifs libres incluent certaines couronnes céramo-céramiques (se reporter à vos Conditions générales ou à votre Notice d'information pour trouver plus d'exemples et les références précises à la réglementation).	3 <sup>e</sup> année	100% + 500 € /an
Le forfait en Euro est utilisable pour les implants et la parodontologie non remboursés par la Sécurité sociale.	4 <sup>e</sup> année et +	100% + 550 € /an
<b>Soins et prothèses "100% santé"</b>		
Les soins et prothèses "100% santé" sont définis par la réglementation.		
Ces prothèses incluent certaines couronnes céramo-métalliques sur incisives, canines et premières prémolaires, certaines couronnes métalliques sur les autres dents (se reporter à vos Conditions générales ou à votre Notice d'information pour trouver plus d'exemples et les références précises à la réglementation).	Frais réels dans la limite des honoraires limites de facturation définis par la réglementation	
<b>Orthodontie</b>		
Orthodontie (versé par semestre)	1 <sup>re</sup> , 2 <sup>e</sup> année	270 €/sem. (soit 540 € /an)
Le forfait en Euro est utilisable pour l'orthodontie adulte même non remboursée par la Sécurité sociale.	3 <sup>e</sup> année	300 €/sem. (soit 600 € /an)
	4 <sup>e</sup> année et +	350 €/sem. (soit 700 € /an)
<b>AIDES AUDITIVES</b>		
<b>La prise en charge des aides auditives est limitée à un équipement par oreille tous les 4 ans.</b> Ce délai de renouvellement s'entend pour chaque oreille indépendamment.		
Le remboursement d'une aide auditive ne peut pas excéder 1 700 €. Conformément à la réglementation, ce plafond de 1 700 € est calculé en y incluant le remboursement du régime obligatoire et le remboursement complémentaire éventuel des régimes locaux ou spéciaux (Alsace-Moselle, SNCF, etc.), .		
<b>Equipements "100% santé"</b>		
Les aides auditives "100% santé" (classe I) sont définies par la réglementation (se reporter à vos Conditions générales ou à votre Notice d'information).	Frais réels dans la limite des prix limites de vente définis par la réglementation	
<b>Aides auditives à tarifs libres</b>		
Aides auditives à tarifs libres (classe II)	810 €/oreille	
<b>Accessoires</b>		
Accessoires, entretien et piles pour appareil auditif	200%	
<b>CURE THERMALE</b>		
Forfait de surveillance thermale ou pratiques médicales complémentaires par un médecin ayant adhéré à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (DPTAM)	220%	
Forfait de surveillance thermale ou pratiques médicales complémentaires par un médecin n'ayant pas adhéré à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (DPTAM)	200%	
Forfait thermal	200%	
Frais d'hébergement et de transport, même si non remboursés par la Sécurité sociale, la cure étant remboursée par la Sécurité sociale	200 € /an	
<b>ASSISTANCE</b>		
<b>La description ci-dessous est un résumé des garanties d'assistance.</b> Se référer à vos Conditions générales ou votre Notice d'information pour avoir la description complète des garanties, des limitations et des conditions d'utilisation.		
Aide-ménagère suite à une hospitalisation de plus de 24 heures et par dérogation dans les cas prévus dans vos Conditions générales ou votre Notice d'information	Dans la limite de 40 heures par an	
Garde-malade suite à une hospitalisation de plus de 24 heures	Une fois par an dans la limite de 40 heures	
Garde-enfants pendant une hospitalisation de plus de 24 heures	Une fois par an dans la limite de 40 heures	
Garde-animaux pendant une hospitalisation de plus de 24 heures	Une fois par an dans la limite de 250 €	
Soutien scolaire suite à une immobilisation au domicile ou une hospitalisation	12 semaines par an dans la limite de 15 heures par semaine	

Document non contractuel

AXA France Vie - S.A. au capital de 487 725 073,50 € - RCS Nanterre 310 499 959- TVA intracommunautaire n° FR 62 310 499 959. AXA Assurances Vie Mutuelle - Société d'assurance mutuelle sur la vie et de capitalisation à cotisations fixes - Siren 353 457 245 - TVA intracommunautaire n° FR 48 353 457 245. AXA France IARD - S.A. au capital de 214 799 030 € - RCS Nanterre 722 057 460 - TVA intracommunautaire n° FR 14 722 057 460. AXA Assurances IARD Mutuelle - Société d'assurance mutuelle à cotisations fixes contre l'incendie, les accidents et risques divers - Siren 775 699 309 - TVA intracommunautaire n° FR 39 775 699 309. Sièges sociaux : 313, Terrasses de l'Arche 92727 Nanterre Cedex. Entreprises régies par le Code des assurances.

Sommaire

MA150RHOSODCON



# Ma Santé 200% Néo



## Règles générales applicables aux garanties

Les mots ou expressions soulignés sont définis dans le lexique de vos Conditions générales ou de votre Notice d'information.

### Bien comprendre votre tableau de garanties

**Nous prenons en charge uniquement les frais qui ont préalablement donné lieu à un remboursement par votre régime obligatoire d'assurance maladie français** sauf lorsque cela est explicitement mentionné dans le tableau de garanties.

Vos garanties sont exprimées **en pourcentage de la base de remboursement de la Sécurité sociale**, en forfait en Euro ou en une combinaison des deux.

- **Les pourcentages intègrent les remboursements de votre régime obligatoire d'assurance maladie.** Notre remboursement couvre la différence entre le taux remboursé par la Sécurité sociale et le taux affiché.
- Les forfaits exprimés en Euro s'entendent **par assuré**. Lorsqu'ils sont définis par an, il s'agit de l'année d'assurance. Ils viennent en complément des remboursements de votre régime obligatoire d'assurance maladie français sauf indication spécifique. Ces forfaits ne sont pas reportables d'une année sur l'autre.

Les garanties "100% santé" et les garanties à tarifs limités ou libres ne se cumulent pas.

Les garanties du tableau sont explicitées dans vos Conditions générales ou votre Notice d'information.

### Bon à savoir

- Le total des remboursements que vous percevez ne peut en aucun cas dépasser les frais réels engagés.
- La participation forfaitaire ainsi que les franchises sur les médicaments, sur les actes effectués par un auxiliaire médical et sur les transports ne sont pas prises en charge.
- Si vous ne respectez pas le parcours de soins, nous ne prenons pas en charge l'ensemble des pénalités appliquées par la Sécurité sociale (majoration du ticket modérateur, augmentation autorisée des tarifs conventionnels).

**Des exclusions et des limitations de garanties générales sont indiquées dans vos Conditions générales ou votre Notice d'information. Pour les soins à l'étranger, se reporter à la rubrique « Soins à l'étranger » dans vos Conditions générales ou votre Notice d'information.**

HOSPITALISATION		
<b>Honoraires</b>		
Honoraires des médecins (y compris chirurgiens) ayant adhéré à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (DPTAM)	1 <sup>re</sup> année	220% <sup>(1)</sup>
	2 <sup>e</sup> année et +	400% <sup>(1)</sup>
Honoraires des médecins (y compris chirurgiens) n'ayant pas adhéré à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (DPTAM)	1 <sup>re</sup> année	200% <sup>(1)</sup>
	2 <sup>e</sup> année et +	200% <sup>(1)</sup>
<sup>(1)</sup> Les 3 premiers mois d'assurance le taux de remboursement est limité à 100%, sauf en cas d'accident, dans ce cas le taux entier est appliqué, ou en cas de reprise de contrat à la concurrence, dans ce cas le taux de votre ancien contrat est appliqué sans pouvoir excéder les limites prévues au tableau ci-dessus. Cela s'applique à la souscription du contrat et lors de l'ajout d'un bénéficiaire à l'exception des nouveau-nés.		
<b>Frais de séjour</b>		
Ticket modérateur sur le prix de journée ou sur les actes peu coûteux, participation forfaitaire pour les actes coûteux		
- En établissement conventionné		Frais réels
- En établissement non conventionné		100%
<b>Forfait journalier hospitalier</b>		
Forfait journalier hospitalier		Frais réels
<b>Chambre particulière et lit pour accompagnant</b>		
Chambre particulière non remboursée par la Sécurité sociale (dans la limite de 30 jours par année d'assurance en moyen séjour)		
- avec nuitée		90 € /jour
- sans nuitée (en ambulatoire)		45 € /jour
Lit pour accompagnant non remboursé par la Sécurité sociale		
		15 € /jour
<b>Confort à l'hôpital</b>		
Télévision, connexion internet, téléphone (dans la limite de 30 jours par année d'assurance en moyen séjour)		10 € /jour
<b>Hospitalisation à domicile (HAD)</b>		
Hospitalisation à domicile (HAD)		200%

<b>SOINS COURANTS</b>	
<b>Honoraires médicaux</b>	
Consultations, visites et actes (radio, petite chirurgie) de médecins généralistes et spécialistes ayant adhéré à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (DPTAM)	220%
Consultations, visites et actes (radio, petite chirurgie) de médecins généralistes et spécialistes n'ayant pas adhéré à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (DPTAM)	200%
<b>Analyses et examens de laboratoire</b>	
Examens médicaux (biologie, analyse médicale)	200%
<b>Honoraires paramédicaux</b>	
Auxiliaires médicaux (par exemple : infirmier et infirmière, sage-femme, kinésithérapeute, orthophoniste, orthoptiste)	200%
<b>Médicaments</b>	
Tout médicament remboursé par la Sécurité sociale	100%
Médicament prescrit et non remboursé par la Sécurité sociale	30 €/an
<b>Matériel médical</b>	
Prothèses, pansements, petits matériels et autres produits définis sur la Liste des Produits et Prestations remboursables de la Sécurité sociale (hors lunettes et aides auditives pour lesquelles se référer à leurs lignes spécifiques).	200%
<b>Médecine douce et prévention</b>	
Médecine douce (ostéopathe, chiropracteur, acupuncteur, pédicure-podologue) et psychothérapeute non remboursés par la Sécurité sociale	50 €/séance
- Nombre de séances remboursées toutes spécialités confondues	1 <sup>re</sup> , 2 <sup>e</sup> année 3 séances /an 3 <sup>e</sup> année et + 6 séances /an
Forfait prévention	
- Sevrage tabagique : Tous les médicaments et produits à base de nicotine prescrits par un médecin, dans un but de sevrage tabagique (avec Autorisation de Mise sur le Marché ou norme Afnor) même non remboursés par la Sécurité sociale	
- Vaccin antigrippe prescrit non remboursé par la Sécurité sociale	110 €/an
- Consultation diététicien non remboursée par la Sécurité sociale	
- Traitement DMLA par compléments en Oméga 3 prescrit par un médecin et non remboursé par la Sécurité sociale	
- Dépistage de l'ostéoporose prescrit par un médecin et non remboursé par la Sécurité sociale	
<b>TRANSPORT SANITAIRE</b>	
Transports prescrits pour l'hospitalisation ou la médecine de ville	200%
<b>OPTIQUE</b>	
<b>La prise en charge des lunettes est limitée à une paire tous les 2 ans pour les personnes de 16 ans et plus et à une paire tous les ans pour les enfants de moins de 16 ans</b> , sauf en cas d'évolution de la vue objectivée par une nouvelle prescription médicale ophtalmologique.	
Le montant remboursé pour un équipement (2 verres + une monture) est dans tous les cas limité aux plafonds définis par la réglementation des contrats responsables.	
Les forfaits en Euro sur les lunettes (verres ou montures) intègrent le remboursement de la Sécurité sociale et l'éventuel remboursement complémentaire des régimes locaux ou spéciaux (Alsace-Moselle, SNCF, etc.)	
Se reporter à vos Conditions générales ou à votre Notice d'information pour plus de précisions sur les conditions de renouvellement et sur la réglementation applicable.	
<b>Equipements "100% santé"</b>	
Lunettes "100% santé", verres et monture de classe A, telles que définies par la réglementation	Frais réels dans la limite des prix limites de vente définis par la réglementation
<b>Lunettes à tarifs libres</b>	
Verres de classe B	
La Grille optique C vous permet un remboursement sans reste à charge dans le réseau Itelis sur une sélection de verres et de traitements. Elle définit un forfait de remboursement par verre en fonction de leur correction en dehors du réseau Itelis. La Grille optique C est décrite en annexe de ce document.	Grille optique C 
Monture de classe B	100 € pour la monture
<b>Lentilles</b>	
Les lentilles prescrites sont prises en charge même si non remboursées par la Sécurité sociale. Le ticket modérateur des lentilles remboursées par la Sécurité sociale est pris en charge même si le forfait annuel est épuisé.	300 €/an
<b>Chirurgie réfractive</b>	
Opération de la myopie, de l'hypermétropie, de l'astigmatisme et de la presbytie par laser, non remboursée par la Sécurité sociale	390 €/œil

<b>DENTAIRE</b>	
<b>Soins</b>	
Consultations et soins dentaires (hors inlays-onlays d'obturation), chirurgie et parodontologie remboursée	200%
<b>Prothèses</b>	
Prothèses à tarifs limités, prothèses à tarifs libres, inlays-onlays d'obturation	
Les prothèses à tarifs limités et les prothèses à tarifs libres sont définies par la réglementation. Pour les prothèses à tarifs limités, notre garantie ne peut dépasser les honoraires limites de facturation réglementaires.	1 <sup>re</sup> , 2 <sup>e</sup> année 100% + 420 €/an
Les prothèses à tarifs limités incluent certaines couronnes céramo-métalliques sur deuxièmes prémolaires et molaires ; les prothèses à tarifs libres incluent certaines couronnes céramo-céramiques (se reporter à vos Conditions générales ou à votre Notice d'information pour trouver plus d'exemples et les références précises à la réglementation).	3 <sup>e</sup> année 100% + 500 €/an
Le forfait en Euro est utilisable pour les implants et la parodontologie non remboursés par la Sécurité sociale.	4 <sup>e</sup> année et + 100% + 550 €/an
<b>Soins et prothèses "100% santé"</b>	
Les soins et prothèses "100% santé" sont définis par la réglementation. Ces prothèses incluent certaines couronnes céramo-métalliques sur incisives, canines et premières prémolaires, certaines couronnes métalliques sur les autres dents (se reporter à vos Conditions générales ou à votre Notice d'information pour trouver plus d'exemples et les références précises à la réglementation).	Frais réels dans la limite des honoraires limites de facturation définis par la réglementation
<b>Orthodontie</b>	
Orthodontie (versé par semestre)	1 <sup>re</sup> , 2 <sup>e</sup> année 270 €/sem. (soit 540 €/an)
Le forfait en Euro est utilisable pour l'orthodontie adulte même non remboursée par la Sécurité sociale.	3 <sup>e</sup> année 300 €/sem. (soit 600 €/an)
	4 <sup>e</sup> année et + 350 €/sem. (soit 700 €/an)
<b>AIDES AUDITIVES</b>	
<b>La prise en charge des aides auditives est limitée à un équipement par oreille tous les 4 ans.</b> Ce délai de renouvellement s'entend pour chaque oreille indépendamment.	
Le remboursement d'une aide auditive ne peut pas excéder 1 700 €. Conformément à la réglementation, ce plafond de 1 700 € est calculé en y incluant le remboursement du régime obligatoire et le remboursement complémentaire éventuel des régimes locaux ou spéciaux (Alsace-Moselle, SNCF, etc.), .	
<b>Equipements "100% santé"</b>	
Les aides auditives "100% santé" (classe I) sont définies par la réglementation (se reporter à vos Conditions générales ou à votre Notice d'information).	Frais réels dans la limite des prix limites de vente définis par la réglementation
<b>Aides auditives à tarifs libres</b>	
Aides auditives à tarifs libres (classe II)	860 €/oreille
<b>Accessoires</b>	
Accessoires, entretien et piles pour appareil auditif	200%
<b>CURE THERMALE</b>	
Forfait de surveillance thermale ou pratiques médicales complémentaires par un médecin ayant adhéré à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (DPTAM)	220%
Forfait de surveillance thermale ou pratiques médicales complémentaires par un médecin n'ayant pas adhéré à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (DPTAM)	200%
Forfait thermal	200%
Frais d'hébergement et de transport, même si non remboursés par la Sécurité sociale, la cure étant remboursée par la Sécurité sociale	200 €/an
<b>ASSISTANCE</b>	
<b>La description ci-dessous est un résumé des garanties d'assistance.</b> Se référer à vos Conditions générales ou votre Notice d'information pour avoir la description complète des garanties, des limitations et des conditions d'utilisation.	
Aide-ménagère suite à une hospitalisation de plus de 24 heures et par dérogation dans les cas prévus dans vos Conditions générales ou votre Notice d'information	Dans la limite de 40 heures par an
Garde-malade suite à une hospitalisation de plus de 24 heures	Une fois par an dans la limite de 40 heures
Garde-enfants pendant une hospitalisation de plus de 24 heures	Une fois par an dans la limite de 40 heures
Garde-animaux pendant une hospitalisation de plus de 24 heures	Une fois par an dans la limite de 250 €
Soutien scolaire suite à une immobilisation au domicile ou une hospitalisation	12 semaines par an dans la limite de 15 heures par semaine
Garde personne dépendante	Une fois par an dans la limite de 20 heures et de 500 €

Document non contractuel

AXA France Vie - S.A. au capital de 487 725 073,50 € - RCS Nanterre 310 499 959- TVA intracommunautaire n° FR 62 310 499 959. AXA Assurances Vie Mutuelle - Société d'assurance mutuelle sur la vie et de capitalisation à cotisations fixes - Siren 353 457 245 - TVA intracommunautaire n° FR 48 353 457 245. AXA France IARD - S.A. au capital de 214 799 030 € - RCS Nanterre 722 057 460 - TVA intracommunautaire n° FR 14 722 057 460. AXA Assurances IARD Mutuelle - Société d'assurance mutuelle à cotisations fixes contre l'incendie, les accidents et risques divers - Siren 775 699 309 - TVA intracommunautaire n° FR 39 775 699 309. Sièges sociaux : 313, Terrasses de l'Arche 92727 Nanterre Cedex. **Entreprises régies par le Code des assurances.**

Sommaire

MA200R



# Ma Santé 200% Néo



## avec Module Optique Dentaire

### Règles générales applicables aux garanties

Les mots ou expressions soulignés sont définis dans le lexique de vos Conditions générales ou de votre Notice d'information.

#### Bien comprendre votre tableau de garanties

Nous prenons en charge uniquement les frais qui ont préalablement donné lieu à un remboursement par votre régime obligatoire d'assurance maladie français sauf lorsque cela est explicitement mentionné dans le tableau de garanties.

Vos garanties sont exprimées en pourcentage de la base de remboursement de la Sécurité sociale, en forfait en Euro ou en une combinaison des deux.

- Les pourcentages intègrent les remboursements de votre régime obligatoire d'assurance maladie. Notre remboursement couvre la différence entre le taux remboursé par la Sécurité sociale et le taux affiché.
- Les forfaits exprimés en Euro s'entendent par assuré. Lorsqu'ils sont définis par an, il s'agit de l'année d'assurance. Ils viennent en complément des remboursements de votre régime obligatoire d'assurance maladie français sauf indication spécifique. Ces forfaits ne sont pas reportables d'une année sur l'autre.

Les garanties "100% santé" et les garanties à tarifs limités ou libres ne se cumulent pas.

Les garanties du tableau sont explicitées dans vos Conditions générales ou votre Notice d'information.

#### Bon à savoir

- Le total des remboursements que vous percevez ne peut en aucun cas dépasser les frais réels engagés.
- La participation forfaitaire ainsi que les franchises sur les médicaments, sur les actes effectués par un auxiliaire médical et sur les transports ne sont pas prises en charge.
- Si vous ne respectez pas le parcours de soins, nous ne prenons pas en charge l'ensemble des pénalités appliquées par la Sécurité sociale (majoration du ticket modérateur, augmentation autorisée des tarifs conventionnels).

Des exclusions et des limitations de garanties générales sont indiquées dans vos Conditions générales ou votre Notice d'information. Pour les soins à l'étranger, se reporter à la rubrique « Soins à l'étranger » dans vos Conditions générales ou votre Notice d'information.

HOSPITALISATION		
Honoraires		
Honoraires des médecins (y compris chirurgiens) ayant adhéré à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (DPTAM)	1 <sup>re</sup> année	220% <sup>(1)</sup>
	2 <sup>e</sup> année et +	400% <sup>(1)</sup>
Honoraires des médecins (y compris chirurgiens) n'ayant pas adhéré à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (DPTAM)	1 <sup>re</sup> année	200% <sup>(1)</sup>
	2 <sup>e</sup> année et +	200% <sup>(1)</sup>
<sup>(1)</sup> Les 3 premiers mois d'assurance le taux de remboursement est limité à 100%, sauf en cas d'accident, dans ce cas le taux entier est appliqué, ou en cas de reprise de contrat à la concurrence, dans ce cas le taux de votre ancien contrat est appliqué sans pouvoir excéder les limites prévues au tableau ci-dessus. Cela s'applique à la souscription du contrat et lors de l'ajout d'un bénéficiaire à l'exception des nouveau-nés.		
Frais de séjour		
Ticket modérateur sur le prix de journée ou sur les actes peu coûteux, participation forfaitaire pour les actes coûteux		
- En établissement conventionné		Frais réels
- En établissement non conventionné		100%
Forfait journalier hospitalier		
Forfait journalier hospitalier		Frais réels
Chambre particulière et lit pour accompagnant		
Chambre particulière non remboursée par la Sécurité sociale (dans la limite de 30 jours par année d'assurance en moyen séjour)		
- avec nuitée		90 €/jour
- sans nuitée (en ambulatoire)		45 €/jour
Lit pour accompagnant non remboursé par la Sécurité sociale		15 €/jour
Confort à l'hôpital		
Télévision, connexion internet, téléphone (dans la limite de 30 jours par année d'assurance en moyen séjour)		10 €/jour
Hospitalisation à domicile (HAD)		
Hospitalisation à domicile (HAD)		200%

SOINS COURANTS		
<b>Honoraires médicaux</b>		
Consultations, visites et actes (radio, petite chirurgie) de médecins généralistes et spécialistes ayant adhéré à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (DPTAM)		220%
Consultations, visites et actes (radio, petite chirurgie) de médecins généralistes et spécialistes n'ayant pas adhéré à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (DPTAM)		200%
<b>Analyses et examens de laboratoire</b>		
Examens médicaux (biologie, analyse médicale)		200%
<b>Honoraires paramédicaux</b>		
Auxiliaires médicaux (par exemple : infirmier et infirmière, sage-femme, kinésithérapeute, orthophoniste, orthoptiste)		200%
<b>Médicaments</b>		
Tout médicament remboursé par la Sécurité sociale		100%
Médicament prescrit et non remboursé par la Sécurité sociale		30 €/an
<b>Matériel médical</b>		
Prothèses, pansements, petits matériels et autres produits définis sur la Liste des Produits et Prestations remboursables de la Sécurité sociale (hors lunettes et aides auditives pour lesquelles se référer à leurs lignes spécifiques).		200%
<b>Médecine douce et prévention</b>		
Médecine douce (ostéopathe, chiropracteur, acupuncteur, pédicure-podologue) et psychothérapeute non remboursés par la Sécurité sociale		50 €/séance
- Nombre de séances remboursées toutes spécialités confondues	1 <sup>re</sup> , 2 <sup>e</sup> année ----- 3 <sup>e</sup> année et +	3 séances /an ----- 6 séances /an
Forfait prévention		
- Sevrage tabagique : Tous les médicaments et produits à base de nicotine prescrits par un médecin, dans un but de sevrage tabagique (avec Autorisation de Mise sur le Marché ou norme Afnor) même non remboursés par la Sécurité sociale		110 €/an
- Vaccin antigrippe prescrit non remboursé par la Sécurité sociale		
- Consultation diététicien non remboursée par la Sécurité sociale		
- Traitement DMLA par compléments en Oméga 3 prescrit par un médecin et non remboursé par la Sécurité sociale		
- Dépistage de l'ostéoporose prescrit par un médecin et non remboursé par la Sécurité sociale		
<b>TRANSPORT SANITAIRE</b>		
Transports prescrits pour l'hospitalisation ou la médecine de ville		200%
<b>OPTIQUE</b>		
<b>La prise en charge des lunettes est limitée à une paire tous les 2 ans pour les personnes de 16 ans et plus et à une paire tous les ans pour les enfants de moins de 16 ans</b> , sauf en cas d'évolution de la vue objectivée par une nouvelle prescription médicale ophtalmologique.		
Le montant remboursé pour un équipement (2 verres + une monture) est dans tous les cas limité aux plafonds définis par la réglementation des contrats responsables.		
Les forfaits en Euro sur les lunettes (verres ou montures) intègrent le remboursement de la Sécurité sociale et l'éventuel remboursement complémentaire des régimes locaux ou spéciaux (Alsace-Moselle, SNCF, etc.)		
Se reporter à vos Conditions générales ou à votre Notice d'information pour plus de précisions sur les conditions de renouvellement et sur la réglementation applicable.		
<b>Equipements "100% santé"</b>		
Lunettes "100% santé", verres et monture de classe A, telles que définies par la réglementation		Frais réels dans la limite des prix limites de vente définis par la réglementation
<b>Lunettes à tarifs libres</b>		
Verres de classe B		Grille optique D 
La Grille optique D vous permet un remboursement sans reste à charge dans le réseau Itelis sur une sélection de verres et de traitements. Elle définit un forfait de remboursement par verre en fonction de leur correction en dehors du réseau Itelis. La Grille optique D est décrite en annexe de ce document.		
Monture de classe B		100 € pour la monture
<b>Lentilles</b>		
Les lentilles prescrites sont prises en charge même si non remboursées par la Sécurité sociale. Le ticket modérateur des lentilles remboursées par la Sécurité sociale est pris en charge même si le forfait annuel est épuisé.		350 €/an
<b>Chirurgie réfractive</b>		
Opération de la myopie, de l'hypermétropie, de l'astigmatisme et de la presbytie par laser, non remboursée par la Sécurité sociale	1 <sup>re</sup> , 2 <sup>e</sup> année ----- 3 <sup>e</sup> année et +	400 €/œil ----- 600 €/œil

## DENTAIRE

### Soins

Consultations et soins dentaires (hors inlays-onlays d'obturation), chirurgie et parodontologie remboursée 200%

### Prothèses

Prothèses à tarifs limités, prothèses à tarifs libres, inlays-onlays d'obturation

Les prothèses à tarifs limités et les prothèses à tarifs libres sont définies par la réglementation. Pour les prothèses à tarifs limités, notre garantie ne peut dépasser les honoraires limites de facturation réglementaires.

1<sup>re</sup>, 2<sup>e</sup> année 100% + 560 €/an

Les prothèses à tarifs limités incluent certaines couronnes céramo-métalliques sur deuxièmes prémolaires et molaires ; les prothèses à tarifs libres incluent certaines couronnes céramo-céramiques (se reporter à vos Conditions générales ou à votre Notice d'information pour trouver plus d'exemples et les références précises à la réglementation).

3<sup>e</sup> année 100% + 760 €/an

Le forfait en Euro est utilisable pour les implants et la parodontologie non remboursés par la Sécurité sociale.

4<sup>e</sup> année et + 100% + 900 €/an

### Soins et prothèses "100% santé"

Les soins et prothèses "100% santé" sont définis par la réglementation.

Ces prothèses incluent certaines couronnes céramo-métalliques sur incisives, canines et premières prémolaires, certaines couronnes métalliques sur les autres dents (se reporter à vos Conditions générales ou à votre Notice d'information pour trouver plus d'exemples et les références précises à la réglementation).

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

### Orthodontie

Orthodontie (versé par semestre)

1<sup>re</sup>, 2<sup>e</sup> année 300 €/sem. (soit 600 €/an)

Le forfait en Euro est utilisable pour l'orthodontie adulte même non remboursée par la Sécurité sociale.

3<sup>e</sup> année 350 €/sem. (soit 700 €/an)

4<sup>e</sup> année et + 400 €/sem. (soit 800 €/an)

## AIDES AUDITIVES

**La prise en charge des aides auditives est limitée à un équipement par oreille tous les 4 ans.** Ce délai de renouvellement s'entend pour chaque oreille indépendamment.

Le remboursement d'une aide auditive ne peut pas excéder 1 700 €. Conformément à la réglementation, ce plafond de 1 700 € est calculé en y incluant le remboursement du régime obligatoire et le remboursement complémentaire éventuel des régimes locaux ou spéciaux (Alsace-Moselle, SNCF, etc.), .

### Equipements "100% santé"

Les aides auditives "100% santé" (classe I) sont définies par la réglementation (se reporter à vos Conditions générales ou à votre Notice d'information).

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

### Aides auditives à tarifs libres

Aides auditives à tarifs libres (classe II)

860 €/oreille

### Accessoires

Accessoires, entretien et piles pour appareil auditif

200%

## CURE THERMALE

Forfait de surveillance thermale ou pratiques médicales complémentaires par un médecin ayant adhéré à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (DPTAM)

220%

Forfait de surveillance thermale ou pratiques médicales complémentaires par un médecin n'ayant pas adhéré à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (DPTAM)

200%

Forfait thermal

200%

Frais d'hébergement et de transport, même si non remboursés par la Sécurité sociale, la cure étant remboursée par la Sécurité sociale

200 €/an

## ASSISTANCE

**La description ci-dessous est un résumé des garanties d'assistance.** Se référer à vos Conditions générales ou votre Notice d'information pour avoir la description complète des garanties, des limitations et des conditions d'utilisation.

Aide-ménagère suite à une hospitalisation de plus de 24 heures et par dérogation dans les cas prévus dans vos Conditions générales ou votre Notice d'information

Dans la limite de 40 heures par an

Garde-malade suite à une hospitalisation de plus de 24 heures

Une fois par an dans la limite de 40 heures

Garde-enfants pendant une hospitalisation de plus de 24 heures

Une fois par an dans la limite de 40 heures

Garde-animaux pendant une hospitalisation de plus de 24 heures

Une fois par an dans la limite de 250 €

Soutien scolaire suite à une immobilisation au domicile ou une hospitalisation

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

Garde personne dépendante

Une fois par an dans la limite de 20 heures et de 500 €

Document non contractuel

AXA France Vie - S.A. au capital de 487 725 073,50 € - RCS Nanterre 310 499 959- TVA intracommunautaire n° FR 62 310 499 959. AXA Assurances Vie Mutuelle - Société d'assurance mutuelle sur la vie et de capitalisation à cotisations fixes - Siren 353 457 245 - TVA intracommunautaire n° FR 48 353 457 245. AXA France IARD - S.A. au capital de 214 799 030 € - RCS Nanterre 722 057 460 - TVA intracommunautaire n° FR 14 722 057 460. AXA Assurances IARD Mutuelle - Société d'assurance mutuelle à cotisations fixes contre l'incendie, les accidents et risques divers - Siren 775 699 309 - TVA intracommunautaire n° FR 39 775 699 309. Sièges sociaux : 313, Terrasses de l'Arche 92727 Nanterre Cedex. Entreprises régies par le Code des assurances.



# Ma Santé 400% Tradi



## Règles générales applicables aux garanties

Les mots ou expressions soulignés sont définis dans le lexique de vos Conditions générales ou de votre Notice d'information.

### Bien comprendre votre tableau de garanties

Nous prenons en charge uniquement les frais qui ont préalablement donné lieu à un remboursement par votre régime obligatoire d'assurance maladie français sauf lorsque cela est explicitement mentionné dans le tableau de garanties.

Vos garanties sont exprimées en pourcentage de la base de remboursement de la Sécurité sociale, en forfait en Euro ou en une combinaison des deux.

- Les pourcentages intègrent les remboursements de votre régime obligatoire d'assurance maladie. Notre remboursement couvre la différence entre le taux remboursé par la Sécurité sociale et le taux affiché.
- Les forfaits exprimés en Euro s'entendent par assuré. Lorsqu'ils sont définis par an, il s'agit de l'année d'assurance. Ils viennent en complément des remboursements de votre régime obligatoire d'assurance maladie français sauf indication spécifique. Ces forfaits ne sont pas reportables d'une année sur l'autre.

Les garanties "100% santé" et les garanties à tarifs limités ou libres ne se cumulent pas.

Les garanties du tableau sont explicitées dans vos Conditions générales ou votre Notice d'information.

### Bon à savoir

- Le total des remboursements que vous percevez ne peut en aucun cas dépasser les frais réels engagés.
- La participation forfaitaire ainsi que les franchises sur les médicaments, sur les actes effectués par un auxiliaire médical et sur les transports ne sont pas prises en charge.
- Si vous ne respectez pas le parcours de soins, nous ne prenons pas en charge l'ensemble des pénalités appliquées par la Sécurité sociale (majoration du ticket modérateur, augmentation autorisée des tarifs conventionnels).

Des exclusions et des limitations de garanties générales sont indiquées dans vos Conditions générales ou votre Notice d'information. Pour les soins à l'étranger, se reporter à la rubrique « Soins à l'étranger » dans vos Conditions générales ou votre Notice d'information.

HOSPITALISATION	
<b>Honoraires</b>	
Honoraires des médecins	400% <sup>(1)</sup>
<b>Frais de séjour</b>	
Ticket modérateur sur le prix de journée ou sur les actes peu coûteux, participation forfaitaire pour les actes coûteux	
- En établissement conventionné	Frais réels
- En établissement non conventionné	400% <sup>(1)</sup>
<b>Forfait journalier hospitalier</b>	
Forfait journalier hospitalier	Frais réels
<b>Chambre particulière et lit pour accompagnant</b>	
Chambre particulière non remboursée par la Sécurité sociale (dans la limite de 30 jours par année d'assurance en moyen séjour)	
- avec nuitée	100 €/jour
- sans nuitée (en ambulatoire)	50 €/jour
Lit pour accompagnant non remboursé par la Sécurité sociale	
<b>Confort à l'hôpital</b>	
Télévision, connexion internet, téléphone (dans la limite de 30 jours par année d'assurance en moyen séjour)	
10 €/jour	
<b>Hospitalisation à domicile (HAD)</b>	
Hospitalisation à domicile (HAD)	
400% <sup>(1)</sup>	

(1) Les 3 premiers mois d'assurance le taux de remboursement est limité à 100%, sauf en cas d'accident, dans ce cas le taux entier est appliqué, ou en cas de reprise de contrat à la concurrence, dans ce cas le taux de votre ancien contrat est appliqué sans pouvoir excéder les limites prévues au tableau ci-dessus. Cela s'applique à la souscription du contrat et lors de l'ajout d'un bénéficiaire à l'exception des nouveau-nés.

SOINS COURANTS	
<b>Honoraires médicaux</b>	
Consultations, visites et actes (radio, petite chirurgie) de médecins généralistes et spécialistes	400%
<b>Analyses et examens de laboratoire</b>	
Examens médicaux (biologie, analyse médicale)	400%

<b>Honoraires paramédicaux</b>		
Auxiliaires médicaux (par exemple : infirmier et infirmière, sage-femme, kinésithérapeute, orthophoniste, orthoptiste)		400%
<b>Médicaments</b>		
Tout médicament remboursé par la Sécurité sociale		100%
Médicament prescrit et non remboursé par la Sécurité sociale		50 €/an
<b>Matériel médical</b>		
Prothèses, pansements, petits matériels et autres produits définis sur la Liste des Produits et Prestations remboursables de la Sécurité sociale (hors lunettes et aides auditives pour lesquelles se référer à leurs lignes spécifiques).		400%
<b>Médecine douce et prévention</b>		
Médecine douce (ostéopathe, chiropracteur, acupuncteur, pédicure-podologue) et psychothérapeute non remboursés par la Sécurité sociale		65 €/séance
- Nombre de séances remboursées toutes spécialités confondues		6 séances /an
Forfait prévention		
- Sevrage tabagique : Tous les médicaments et produits à base de nicotine prescrits par un médecin, dans un but de sevrage tabagique (avec Autorisation de Mise sur le Marché ou norme Afnor) même non remboursés par la Sécurité sociale		
- Vaccin prescrit non remboursé par la Sécurité sociale		150 €/an
- Consultation diététicien non remboursée par la Sécurité sociale		
- Traitement DMLA par compléments en Oméga 3 prescrit par un médecin et non remboursé par la Sécurité sociale		
- Dépistage de l'ostéoporose prescrit par un médecin et non remboursé par la Sécurité sociale		
<b>TRANSPORT SANITAIRE</b>		
Transports prescrits pour l'hospitalisation ou la médecine de ville		400%
<b>OPTIQUE</b>		
<b>La prise en charge des lunettes est limitée à une paire tous les 2 ans pour les personnes de 16 ans et plus et à une paire tous les ans pour les enfants de moins de 16 ans</b> , sauf en cas d'évolution de la vue objectivée par une nouvelle prescription médicale ophtalmologique.		
Le montant remboursé pour un équipement (2 verres + une monture) est dans tous les cas limité aux plafonds définis par la réglementation des contrats responsables.		
Les forfaits en Euro sur les lunettes (verres ou montures) intègrent le remboursement de la Sécurité sociale et l'éventuel remboursement complémentaire des régimes locaux ou spéciaux (Alsace-Moselle, SNCF, etc.)		
Se reporter à vos Conditions générales ou à votre Notice d'information pour plus de précisions sur les conditions de renouvellement et sur la réglementation applicable.		
<b>Equipements "100% santé"</b>		
Lunettes "100% santé", verres et monture de classe A, telles que définies par la réglementation		Frais réels dans la limite des prix limites de vente définis par la réglementation
<b>Lunettes à tarifs libres</b>		
Verres de classe B		
La Grille optique D vous permet un remboursement sans reste à charge dans le réseau Itelis sur une sélection de verres et de traitements. Elle définit un forfait de remboursement par verre en fonction de leur correction en dehors du réseau Itelis. La Grille optique D est décrite en annexe de ce document.		Grille optique D 
Monture de classe B		100 € pour la monture
<b>Lentilles</b>		
Les lentilles prescrites sont prises en charge même si non remboursées par la Sécurité sociale. Le ticket modérateur des lentilles remboursées par la Sécurité sociale est pris en charge même si le forfait annuel est épuisé.		350 €/an
<b>Chirurgie réfractive</b>		
Opération de la myopie, de l'hypermétropie, de l'astigmatisme et de la presbytie par laser, non remboursée par la Sécurité sociale	1 <sup>re</sup> , 2 <sup>e</sup> année	400 €/œil
	3 <sup>e</sup> année et +	600 €/œil
<b>DENTAIRE</b>		
<b>Soins</b>		
Consultations et soins dentaires (hors inlays-onlays d'obturation), chirurgie et parodontologie remboursée		200%
<b>Prothèses</b>		
Prothèses à tarifs limités, prothèses à tarifs libres, inlays-onlays d'obturation		
Les prothèses à tarifs limités et les prothèses à tarifs libres sont définies par la réglementation. Pour les prothèses à tarifs limités, notre garantie ne peut dépasser les honoraires limites de facturation réglementaires.	1 <sup>re</sup> , 2 <sup>e</sup> année	100% + 560 €/an
Les prothèses à tarifs limités incluent certaines couronnes céramo-métalliques sur deuxièmes prémolaires et molaires ; les prothèses à tarifs libres incluent certaines couronnes céramo-céramiques (se reporter à vos Conditions générales ou à votre Notice d'information pour trouver plus d'exemples et les références précises à la réglementation).	3 <sup>e</sup> année	100% + 760 €/an
Le forfait en Euro est utilisable pour les implants et la parodontologie non remboursés par la Sécurité sociale.	4 <sup>e</sup> année et +	100% + 900 €/an

## Soins et prothèses "100% santé"

Les soins et prothèses "100% santé" sont définis par la réglementation.

Ces prothèses incluent certaines couronnes céramo-métalliques sur incisives, canines et premières prémolaires, certaines couronnes métalliques sur les autres dents (se reporter à vos Conditions générales ou à votre Notice d'information pour trouver plus d'exemples et les références précises à la réglementation).

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

## Orthodontie

Orthodontie (versé par semestre)

Le forfait en Euro est utilisable pour l'orthodontie adulte même non remboursée par la Sécurité sociale.

1 <sup>re</sup> , 2 <sup>e</sup> année	300 €/sem. (soit 600 €/an)
3 <sup>e</sup> année	350 €/sem. (soit 700 €/an)
4 <sup>e</sup> année et +	400 €/sem. (soit 800 €/an)

## AIDES AUDITIVES

**La prise en charge des aides auditives est limitée à un équipement par oreille tous les 4 ans.** Ce délai de renouvellement s'entend pour chaque oreille indépendamment.

### Equipements "100% santé"

Les aides auditives "100% santé" (classe I) sont définies par la réglementation (se reporter à vos Conditions générales ou à votre Notice d'information).

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

### Aides auditives à tarifs libres

Aides auditives à tarifs libres (classe II)

1600 €/oreille

### Accessoires

Accessoires, entretien et piles pour appareil auditif

200%

## CURE THERMALE

Forfait de surveillance thermale ou pratiques médicales complémentaires par un médecin ayant adhéré à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (DPTAM)

220%

Forfait de surveillance thermale ou pratiques médicales complémentaires par un médecin n'ayant pas adhéré à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (DPTAM)

200%

Forfait thermal

400%

Frais d'hébergement et de transport, même si non remboursés par la Sécurité sociale, la cure étant remboursée par la Sécurité sociale

400 €/an

## ASSISTANCE

**La description ci-dessous est un résumé des garanties d'assistance.** Se référer à vos Conditions générales ou votre Notice d'information pour avoir la description complète des garanties, des limitations et des conditions d'utilisation.

Aide-ménagère suite à une hospitalisation de plus de 24 heures et par dérogation dans les cas prévus dans vos Conditions générales ou votre Notice d'information

Dans la limite de 40 heures par an

Garde-malade suite à une hospitalisation de plus de 24 heures

Une fois par an dans la limite de 40 heures

Garde-enfants pendant une hospitalisation de plus de 24 heures

Une fois par an dans la limite de 40 heures

Garde-animaux pendant une hospitalisation de plus de 24 heures

Une fois par an dans la limite de 250 €

Soutien scolaire suite à une immobilisation au domicile ou une hospitalisation

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

Garde personne dépendante

Une fois par an dans la limite de 20 heures et de 500 €



# Grille optique A



## Grille optique A

				Dans le réseau Itelis	Hors réseau Itelis	
Correction				Itelis a sélectionné pour vous des verres organiques de marques adaptés à votre niveau de correction visuelle.	Verre Unifocal	Verre Multifocal
Niveau de correction	Sphère ou Sphère + Cylindre		Cylindre		Garantie par verre Le forfait indiqué inclut le remboursement de votre régime obligatoire	
Faible	Sphère	[-2 ; +2]	0	<p><b>Les verres proposés par votre opticien partenaire Itelis appartiennent au panier 100% santé. A ce titre, vous n'aurez aucun reste à charge.</b></p> <p>Si vous choisissez des verres du panier libre (classe B), vous bénéficiez des prix négociés par le réseau Itelis et d'un remboursement dans la limite des prix limite de vente définis dans la réglementation 100% santé (cf. montants ci-contre "Hors réseau Itelis").</p>	32,50 €	75,00 €
	Sphère	[-2 ; 0]	]0 ; +4]		37,50 €	90,00 €
	Sphère + Cylindre	]0 ; +2]	> 0			
Modéré	Sphère	[-4 ; -2[ ou ]+2 ; +4]	0		37,50 €	80,00 €
	Sphère	[-4 ; -2[	]0 ; +4]		42,50 €	95,00 €
	Sphère + Cylindre	] +2 ; +4]	> 0			
Moyen	Sphère	[-6 ; -4[ ou ]+4 ; +6]	0		47,50 €	90,00 €
	Sphère	[-6 ; -4[	]0 ; +4]		52,50 €	105,00 €
	Sphère + Cylindre	] +4 ; +6]	> 0			
Elevé	Sphère	[-8 ; -6[ ou ]+6 ; +8]	0		75,00 €	90,00 €
	Sphère	[-8 ; -6[	]0 ; +4]		75,00 €	105,00 €
	Sphère + Cylindre	] +6 ; +8]	> 0			
Très élevé	Sphère	[-2 ; 0]	> +4	75,00 €	115,00 €	
	Sphère	[-4 ; -2[	> +4	75,00 €	120,00 €	
	Sphère	[-8 ; -4[	> +4	75,00 €	130,00 €	
	Sphère	< -8 ou > +8	0	97,50 €	130,00 €	
	Sphère	< -8	]0 ; +4]	102,50 €	145,00 €	
	Sphère	< -8	> +4	117,50 €	170,00 €	
	Sphère + Cylindre	> 8	> 0	102,50 €	145,00 €	

Tous les verres sans reste à charge sélectionnés par Itelis disposent d'un indice d'amincissement, d'un traitement anti-rayure et anti-reflet conformes à la réglementation 100% santé. Dans le réseau Itelis, vous bénéficiez également d'une traçabilité des produits.

Document non contractuel

AXA France Vie - S.A. au capital de 487 725 073,50 € - RCS Nanterre 310 499 959- TVA intracommunautaire n° FR 62 310 499 959. AXA Assurances Vie Mutuelle - Société d'assurance mutuelle sur la vie et de capitalisation à cotisations fixes - Siren 353 457 245 - TVA intracommunautaire n° FR 48 353 457 245. AXA France IARD - S.A. au capital de 214 799 030 € - RCS Nanterre 722 057 460 - TVA intracommunautaire n° FR 14 722 057 460. AXA Assurances IARD Mutuelle - Société d'assurance mutuelle à cotisations fixes contre l'incendie, les accidents et risques divers - Siren 775 699 309 - TVA intracommunautaire n° FR 39 775 699 309. Sièges sociaux : 313, Terrasses de l'Arche 92727 Nanterre Cedex. Entreprises régies par le Code des assurances.

Sommaire



Ref : 974921\_02\_2022



# Grille optique B



## Grille optique B

				Dans le réseau Itelis		Hors réseau Itelis				
Correction				Itelis a sélectionné pour vous des verres organiques de marques adaptés à votre niveau de correction visuelle.	Verre Unifocal	Verre Multifocal				
Niveau de correction	Sphère ou Sphère + Cylindre		Cylindre		Garantie par verre Le forfait indiqué inclut le remboursement de votre régime obligatoire					
Faible	Sphère	[-2; +2]	0	<p><b>Si vous choisissez vos verres parmi la sélection de verres<sup>(1)</sup> OPTI B présentée par votre opticien partenaire Itelis, vous n'aurez aucun reste à charge sur vos verres.</b></p> <p>Si vous choisissez vos verres en dehors de la sélection de verres OPTI B présentée par votre opticien partenaire Itelis, vous bénéficiez des prix négociés par Itelis et des montants "Hors réseau Itelis" définis ci-contre.</p>	50 €	111 €				
	Sphère	[-2; 0]	]0; +4]							
	Sphère + Cylindre	]0; +2]	> 0							
Modéré	Sphère	[-4; -2[ ou ]+2; +4]	0		64 €	123 €				
	Sphère	[-4; -2[	]0; +4]							
	Sphère + Cylindre	] +2; +4]	> 0							
Moyen	Sphère	[-6; -4[ ou ]+4; +6]	0					70 €	129 €	
	Sphère	[-6; -4[	]0; +4]							
	Sphère + Cylindre	] +4; +6]	> 0							
Élevé	Sphère	[-8; -6[ ou ]+6; +8]	0		103 €	211 €				
	Sphère	[-8; -6[	]0; +4]							
	Sphère + Cylindre	] +6; +8]	> 0							
Très élevé	Sphère	< -8 ou > +8	0	113 €	211 €					
	Sphère	[-8; 0]	> +4							
	Sphère	< -8	> 0							
	Sphère + Cylindre	> +8	> 0							

<sup>(1)</sup> Tous les verres sans reste à charge sélectionnés par Itelis disposent d'un traitement anti-rayure et anti-reflet intégrant une solution anti-UV ainsi qu'un indice d'amincissement, selon votre niveau de correction visuelle : faible - verre standard (Indice 1,5) / modéré - verre aminci (Indice 1,6) / moyen - verre très aminci (Indice 1,67) / élevé et très élevé - verre ultra aminci (Indice 1,74).

Document non contractuel

AXA France Vie - S.A. au capital de 487 725 073,50 € - RCS Nanterre 310 499 959 - TVA intracommunautaire n° FR 62 310 499 959. AXA Assurances Vie Mutuelle - Société d'assurance mutuelle sur la vie et de capitalisation à cotisations fixes - Siren 353 457 245 - TVA intracommunautaire n° FR 48 353 457 245. AXA France IARD - S.A. au capital de 214 799 030 € - RCS Nanterre 722 057 460 - TVA intracommunautaire n° FR 14 722 057 460. AXA Assurances IARD Mutuelle - Société d'assurance mutuelle à cotisations fixes contre l'incendie, les accidents et risques divers - Siren 775 699 309 - TVA intracommunautaire n° FR 39 775 699 309. Sièges sociaux : 313, Terrasses de l'Arche 92727 Nanterre Cedex. Entreprises régies par le Code des assurances.

Sommaire



# Grille optique C



## Grille optique C

				Dans le réseau Itelis		Hors réseau Itelis	
Correction				Itelis a sélectionné pour vous des verres organiques de marques adaptés à votre niveau de correction visuelle.	Verre Unifocal	Verre Multifocal	
Niveau de correction	Sphère ou Sphère + Cylindre		Cylindre		Garantie par verre Le forfait indiqué inclut le remboursement de votre régime obligatoire		
Faible	Sphère	[-2; +2]	0	<p><b>Si vous choisissez vos verres parmi la sélection de verres<sup>(1)</sup> OPTI C présentée par votre opticien partenaire Itelis, vous n'aurez aucun reste à charge sur vos verres.</b></p> <p>Si vous choisissez vos verres en dehors de la sélection de verres OPTI C présentée par votre opticien partenaire Itelis, vous bénéficiez des prix négociés par Itelis et des montants "Hors réseau Itelis" définis ci-contre.</p>	67 €	126 €	
	Sphère	[-2; 0]	]0; +4]				
	Sphère + Cylindre	[0; +2]	> 0				
Modéré	Sphère	[-4; -2[ ou ]+2; +4]	0		79 €	138 €	
	Sphère	[-4; -2[	]0; +4]				
	Sphère + Cylindre	] +2; +4]	> 0				
Moyen	Sphère	[-6; -4[ ou ]+4; +6]	0		85 €	144 €	
	Sphère	[-6; -4[	]0; +4]				
	Sphère + Cylindre	] +4; +6]	> 0				
Élevé	Sphère	[-8; -6[ ou ]+6; +8]	0		113 €	218 €	
	Sphère	[-8; -6[	]0; +4]				
	Sphère + Cylindre	] +6; +8]	> 0				
Très élevé	Sphère	< -8 ou > +8	0	113 €	218 €		
	Sphère	[-8; 0]	> +4				
	Sphère	< -8	> 0				
	Sphère + Cylindre	> +8	> 0				

<sup>(1)</sup> Tous les verres sans reste à charge sélectionnés par Itelis disposent d'un traitement anti-rayure et anti-reflet intégrant une solution anti-UV et anti-lumière bleue nocive, ainsi qu'un indice d'amincissement, selon votre niveau de correction visuelle : faible - verre standard (Indice 1,5) / modéré - verre aminci (Indice 1,6) / moyen - verre très aminci (Indice 1,67) / élevé et très élevé - verre ultra aminci (Indice 1,74).

Document non contractuel

AXA France Vie - S.A. au capital de 487 725 073,50 € - RCS Nanterre 310 499 959 - TVA intracommunautaire n° FR 62 310 499 959. AXA Assurances Vie Mutuelle - Société d'assurance mutuelle sur la vie et de capitalisation à cotisations fixes - Siren 353 457 245 - TVA intracommunautaire n° FR 48 353 457 245. AXA France IARD - S.A. au capital de 214 799 030 € - RCS Nanterre 722 057 460 - TVA intracommunautaire n° FR 14 722 057 460. AXA Assurances IARD Mutuelle - Société d'assurance mutuelle à cotisations fixes contre l'incendie, les accidents et risques divers - Siren 775 699 309 - TVA intracommunautaire n° FR 39 775 699 309. Sièges sociaux : 313, Terrasses de l'Arche 92727 Nanterre Cedex. Entreprises régies par le Code des assurances.

Sommaire



# Grille optique D



## Grille optique D

Correction			Dans le réseau Itelis	Hors réseau Itelis	
Niveau de correction	Sphère ou Sphère + Cylindre	Cylindre		Verre Unifocal	Verre Multifocal
			Itelis a sélectionné pour vous des verres organiques de marques adaptés à votre niveau de correction visuelle.	Garantie par verre Le forfait indiqué inclut le remboursement de votre régime obligatoire	
Faible	Sphère	[-2; +2]		0	70 €
	Sphère	[-2; 0]	]0; +4]		
	Sphère + Cylindre	[0; +2]	> 0		
Modéré	Sphère	[-4; -2[ ou ]+2; +4]	0	82 €	187 €
	Sphère	[-4; -2[	]0; +4]		
	Sphère + Cylindre	] +2; +4]	> 0		
Moyen	Sphère	[-6; -4[ ou ]+4; +6]	0	88 €	193 €
	Sphère	[-6; -4[	]0; +4]		
	Sphère + Cylindre	] +4; +6]	> 0		
Élevé	Sphère	[-8; -6[ ou ]+6; +8]	0	116 €	221 €
	Sphère	[-8; -6[	]0; +4]		
	Sphère + Cylindre	] +6; +8]	> 0		
Très élevé	Sphère	< -8 ou > +8	0	116 €	221 €
	Sphère	[-8; 0]	> +4		
	Sphère	< -8	> 0		
	Sphère + Cylindre	> +8	> 0		

**Si vous choisissez vos verres parmi la sélection de verres<sup>(1)</sup> OPTI D présentée par votre opticien partenaire Itelis, vous n'aurez aucun reste à charge sur vos verres.**

Si vous choisissez vos verres en dehors de la sélection de verres OPTI D présentée par votre opticien partenaire Itelis, vous bénéficiez des prix négociés par Itelis et des montants "Hors réseau Itelis" définis ci-contre.

<sup>(1)</sup> Tous les verres sans reste à charge sélectionnés par Itelis disposent d'un traitement anti-rayure et anti-reflet intégrant une solution anti-UV et anti-lumière bleue nocive, ainsi qu'un indice d'amincissement, selon votre niveau de correction visuelle : faible - verre standard (Indice 1,5) / modéré - verre aminci (Indice 1,6) / moyen - verre très aminci (Indice 1,67) / élevé et très élevé - verre ultra aminci (Indice 1,74).

Les verres progressifs sélectionnés disposent d'une géométrie individualisée associée aux options indiquées ci-dessus.

Document non contractuel

AXA France Vie - S.A. au capital de 487 725 073,50 € - RCS Nanterre 310 499 959- TVA intracommunautaire n° FR 62 310 499 959. AXA Assurances Vie Mutuelle - Société d'assurance mutuelle sur la vie et de capitalisation à cotisations fixes - Siren 353 457 245 - TVA intracommunautaire n° FR 48 353 457 245. AXA France IARD - S.A. au capital de 214 799 030 € - RCS Nanterre 722 057 460 - TVA intracommunautaire n° FR 14 722 057 460. AXA Assurances IARD Mutuelle - Société d'assurance mutuelle à cotisations fixes contre l'incendie, les accidents et risques divers - Siren 775 699 309 - TVA intracommunautaire n° FR 39 775 699 309. Sièges sociaux : 313, Terrasses de l'Arche 92727 Nanterre Cedex. Entreprises régies par le Code des assurances.

Sommaire



Ref : 974924\_02 2022 - 1

Document non contractuel

**AXA France Vie** - S.A. au capital de 487 725 073,50 € - RCS Nanterre 310 499 959- TVA intracommunautaire n° FR 62 310 499 959. **AXA Assurances Vie Mutuelle** - Société d'assurance mutuelle sur la vie et de capitalisation à cotisations fixes - Siren 353 457 245 - TVA intracommunautaire n° FR 48 353 457 245 . **AXA France IARD** - S.A. au capital de 214 799 030 € - RCS Nanterre 722 057 460 - TVA intracommunautaire n° FR 14 722 057 460. **AXA Assurances IARD Mutuelle** - Société d'assurance mutuelle à cotisations fixes contre l'incendie, les accidents et risques divers - Siren 775 699 309 - TVA intracommunautaire n° FR 39 775 699 309. Sièges sociaux : 313, Terrasses de l'Arche 92727 Nanterre Cedex.  
**Entreprises régies par le Code des assurances.**



Ref: 975309 05 2022