

# TABLEAU DES GARANTIES

## HOSPITALISATION

HOSPITALISATION	100	125	150	200	250	300	400
Honoraires des médecins ayant adhéré au DPTAM n'ayant pas adhéré au DPTAM	100% 100%	125%(1) 105%(1)	150%(1) 130%(1)	200%(1) 180%(1)	250%(1) 200%(1)	300%(1) 200%(1)	400%(1) 200%(1)
Frais de séjour en établissement conventionné	Frais réels						
en établissement non conventionné	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Forfait journalier hospitalier	Frais réels						
Chambre particulière (y compris ambulatoire) non remboursée par le régime obligatoire	30 €/jour	40 €/jour	50 €/jour	60 €/jour	70 €/jour	80 €/jour	90 €/jour
Lit accompagnant, enfant ou adulte, non remboursé par le régime obligatoire (dans la limite de 15 jours/an/bénéficiaire)	limitée à 30 jours/an/bénéficiaire en séjours spécialisés						
	10 €/jour	15 €/jour	15 €/jour	20 €/jour	20 €/jour	25 €/jour	25 €/jour
Hospitalisation à domicile (HAD)	100%	125%	150%	200%	250%	300%	400%
<b>TRANSPORT SANITAIRE</b>							
Transports prescrits pour l'hospitalisation ou la médecine de ville	100%	125%	150%	200%	250%	300%	400%

## SOINS COURANTS

	100	125	150	200	250	300	400
Honoraires médicaux : Consultations, actes (radio, petite chirurgie) et visites de généralistes et spécialistes ayant adhéré au DPTAM n'ayant pas adhéré au DPTAM	100% 100%	125% (2) 105% (2)	150% (2) 130% (2)	200% (2) 180% (2)	250% (2) 200% (2)	300% (2) 200% (2)	400% (2) 200% (2)
Analyse et examens de laboratoire : biologie, analyse médicale	100%	125%	150%	200%	250%	300%	400%
Honoraires paramédicaux : Auxiliaires médicaux (infirmier et infirmière, sage-femme, kinésithérapeute, orthophoniste, orthoptiste)	100%	125%	150%	200%	250%	300%	400%
Séances d'accompagnement réalisées par un psychologue et prises en charge par le régime obligatoire.	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Médicaments remboursés par le régime obligatoire	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Matériel médical : Appareillages ou prothèses (hors lunettes et aides auditives) tels que définis sur la liste des produits et prestations remboursables du régime obligatoire	100%	125%	150%	200%	250%	250%	250%
Bonus Fidélité à partir de la 3 <sup>ème</sup> année	+15 € par an pendant 5 ans (soit un bonus maximal acquis de 75 €)						
Cure thermale : soins lors de cures prescrites et remboursés par le régime obligatoire.	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Médecine douce : (ostéopathe, psychologue, chiropracteur, acupuncteur, pédicure-podologue, étiope, homéopathe, diététicien-nutritionniste, sophrologue, naturopathe) non remboursée par le régime obligatoire	100 €/an	125 €/an	150 €/an	175 €/an	200 €/an	225 €/an	250 €/an
Médicaments (achetés en pharmacie physique ou en pharmacie en ligne) et vaccins prescrits non remboursés par le régime obligatoire							
Bonus Fidélité à partir de la 3 <sup>ème</sup> année	+15 € par an pendant 5 ans (soit un bonus maximal acquis de 75 €)						
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) et non remboursés par le régime obligatoire	50 €/an	70 €/an	90 €/an	110 €/an	130 €/an	150 €/an	170 €/an

## SOINS À L'ÉTRANGER

	100	125	150	200	250	300	400
Soins à l'étranger	100%	100%	150%	150%	200%	200%	200%

## OPTIQUE

	100	125	150	200	250	300	400
Équipement 100% Santé (3) Lunettes 100% santé verres et montures de classe A, telles que définies par la réglementation	Frais réels dans la limite des prix définis par la réglementation						
Équipement à tarifs libres (3) Forfait Lunettes à 2 verres simples classe B (4) Forfait Lunettes avec au moins un verre complexe ou très complexe de classe B (4) Les forfaits en euros intègrent les remboursements du régime obligatoire	85 € 210 €	135 € 235 €	185 € 260 €	235 € 310 €	285 € 385 €	335 € 460 €	385 € 560 €
Bonus Fidélité chez partenaires ITELIS à partir de la 3 <sup>ème</sup> année	+15 € par an pendant 5 ans (soit un bonus maximal acquis de 75 €) (5)						
Équipement panaché (3) Dans le cas d'un panachage entre équipements 100% santé et équipements à tarifs libres (par exemple monture 100% santé + 1 verre tarif libre + 1 verre tarif 100% santé), les équipements 100% santé sont remboursés à hauteur des frais réels dans la limite des prix définis par la réglementation. Le remboursement des équipements à tarifs libres est diminué de celui accordé pour les équipements 100% santé par le régime obligatoire et le régime complémentaire. Si la monture est à tarifs libres, son remboursement ne peut excéder 100 €.							
Lentilles (6)	30 €	50 €	75 €	100 €	125 €	150 €	175 €

## TABLEAU DES GARANTIES - suite

### DENTAIRE

	100	125	150	200	250	300	400
<b>Soins</b> : consultations et soins, inlay-onlay, chirurgie, parodontologie remboursée	100%	125%	150%	200%	250%	300%	400%
<b>Soins et prothèses 100% Santé</b> Ces prothèses incluent certaines couronnes céramo-métalliques sur incisives, canines et premières prémolaires, certaines couronnes métalliques sur les autres dents (se reporter à la notice d'information pour trouver les références précises à la réglementation)	Frais réels dans la limite des prix définis par la réglementation						
<b>Autres prothèses (prothèses à tarifs limités et prothèses à tarifs libres)</b> Elles incluent certaines couronnes céramo-métalliques sur 2 <sup>ème</sup> prémolaires et molaires, certains bridges, certains appareils amovibles, les implants et d'autres prothèses définis comme ayant des tarifs limités ou libres par la réglementation	100%	125%	150%	200%	250%	300%	400%
Limite annuelle (7)				1 200 € 1 800 €	1 500 € 2 000 €	1 800 € 2 300 €	2 000 € 2 500 €
							1 <sup>ère</sup> et 2 <sup>ème</sup> année 3 <sup>ème</sup> année et plus
<b>Orthodontie</b>	100%	125%	150%	200%	250%	300%	400%
<b>Bonus Fidélité à partir de la 3<sup>ème</sup> année</b>	+30 € tous les ans pendant 5 ans (soit un bonus maximal acquis de 150 €)						
<b>Prestations dentaires non remboursées par le régime obligatoire : prothèses, orthodontie, parodontologie et implantologie (8)</b>	Non pris en charge	Non pris en charge	100 €/an	125 €/an	150 €/an	175 €/an	200 €/an

### AIDES AUDITIVES

	100	125	150	200	250	300	400
<b>Équipement 100% Santé</b> Aides auditives 100% Santé (classe I) (9)	Frais réels dans la limite des prix définis par la réglementation						
<b>Aides auditives à tarifs libres (classe II) (9)</b> Les forfaits en euros sont par oreille et intègrent les remboursements du régime obligatoire							Adulte (>20 ans) Enfant
	400 € 1 400 €	500 € 1 700 €	600 € 1 700 €	700 € 1 700 €	800 € 1 700 €	950 € 1 700 €	1 100 € 1 700 €
<b>Réparation et piles pour appareil auditif</b>	100%	125%	150%	200%	250%	300%	400%

### ASSISTANCE <sup>(10)</sup>

Seules les équipes d'AXA Assistance sont habilitées à fixer la durée des prestations

	100	125	150	200	250	300	400
Aide-ménagère suite à une hospitalisation de plus de 24H	Une fois par an dans la limite de 30 heures						
Garde des enfants ou petits-enfants pendant une hospitalisation de plus de 24H	Une fois par an dans la limite de 40 heures						
Garde de personne dépendante pendant une hospitalisation de plus de 24H	Une fois par an dans la limite de 20 heures						
Garde des enfants malades pendant une immobilisation de plus de 8 jours	Une fois par an dans la limite de 40 heures						
Garde des animaux pendant une hospitalisation de plus de 24H	Une fois par an dans la limite de 230 €						
Soutien pédagogique suite à une immobilisation au domicile	Une fois par an dans la limite de 10 heures par semaine pendant 2 mois						
Livraison de repas suite à une hospitalisation de plus de 24H ou pendant son immobilisation	Par évènement dans la limite d'un repas par jour pendant 7 jours						
Rapatriement médical en cas d'atteinte corporelle grave	En cas de déplacement à plus de 30 km du domicile						
Retour des assurés	Dans le cadre du rapatriement médical de l'Assuré, prise en charge du retour au domicile des autres assurés						

### EXONÉRATION ET/OU REMBOURSEMENT DE COTISATION

	100	125	150	200	250	300	400
Si hospitalisation de plus de 9 nuits consécutives suite à un accident (réservé aux assurés non bénéficiaires de la « loi Madelin »)	garantie						

(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 (en cas de reprise à la concurrence c'est le taux de l'ancien contrat qui est appliqué dans les limites prévues au tableau des prestations). Cela s'applique à la souscription du contrat et lors de l'ajout d'un bénéficiaire à l'exception des nouveaux-nés. (2) Consultation psychiatrie et neuropsychiatrie limitée à 8 par an et par bénéficiaire. Au-delà seul le ticket modérateur est pris en charge. (3) La prise en charge des lunettes est limitée à une paire tous les 2 ans (sauf pour les enfants de moins de 16 ans ou en cas d'évolution de la vue, elle est alors limitée à une paire par an). La modification de correction doit être justifiée par la fourniture d'une nouvelle prescription médicale ou d'un justificatif de l'ophtalmologiste. Le point de départ pour le renouvellement est la date du 1<sup>er</sup> équipement. Pour les assurés presbytes ne voulant pas ou ne pouvant pas avoir des verres progressifs, il est possible de faire réaliser un équipement pour la vision de loin et un équipement pour la vision de près tous les 2 ans. (4) Le forfait lunettes inclut le remboursement de la monture et des verres. Le remboursement de la monture ne peut pas excéder 100 €, même si le forfait dépasse ce montant. (5) Le montant remboursé pour un équipement est dans tous les cas limité aux plafonds définis par la réglementation des contrats responsables. (6) Les lentilles prescrites sont prises en charge même si non remboursées par le régime obligatoire. Le ticket modérateur des lentilles remboursées par le régime obligatoire est pris en charge même si le forfait annuel est épuisé. (7) Seul le ticket modérateur est pris en charge au-delà de cette limite. (8) Ce forfait ne peut pas être utilisé pour des soins ne figurant pas dans la classification commune des actes médicaux (CCAM). (9) La prise en charge des aides auditives est limitée à un équipement par oreille tous les 4 ans. Pour les aides auditives à tarifs libres, conformément à la réglementation des contrats responsables, la prise en charge est limitée à 1700 € par oreille (quel que soit l'âge du bénéficiaire). Ce plafond est calculé en tenant compte du remboursement du régime obligatoire. (10) Se reporter aux conditions des garanties Assistance en page 23.

## RENFORTS

### RENFORTS

	CONFORT	TRANQUILLITÉ	SÉRÉNITÉ
	↓	↓	↓
 Hospitalisation : honoraires des médecins ayant adhéré ou non au DPTAM (la prise en charge est toujours limitée à 200% du tarif de Sécurité Sociale si le médecin n'a pas adhéré au DPTAM).	+25 % (11)	+50 % (11)	+100 % (11)
Complément chambre particulière (y compris en ambulatoire) Les limitations de durée en séjour spécialisé restent celles des niveaux de garantie	-	+10 €	+20 €
Confort hospitalier (Wifi, TV, téléphone, frais de transport des visiteurs)	10 €/jour limité à 15 jours/an	10 €/jour limité à 20 jours/an	10 €/jour limité à 30 jours/an
 Forfait naissance et cure thermale	+50 €	+100 €	+150 €
Analyses biologiques et radiologie non remboursées par le régime obligatoire / dépistage de l'ostéoporose, du cancer du côlon et du cancer du col de l'utérus / bilan nutritionnel	+50 €	+75 €	+100 €
Matériel médical : Appareillages ou prothèses (hors lunettes et aides auditives) tels que définis sur la liste des produits et prestations remboursables du régime obligatoire	-	+50 €	+100 €
Médecine douce, médicaments et vaccins prescrits non remboursés par le régime obligatoire	-	+50 €	+100 €
 Optique : Equipements à tarifs libres (quelle que soit la correction) Le détail du remboursement par niveau de garantie est indiqué dans la page suivante.	-	+50 €	+100 €
Bonus fidélité à partir de la 3ème année	+15 € par an en 3ème et 4ème année - soit un bonus maximal acquis de 30€		
Le montant remboursé pour un équipement est dans tous les cas limité aux plafonds définis par la réglementation des contrats responsables.			
Opération de la myopie, de l'hypermétropie, de l'astigmatisme et de la presbytie par laser non remboursée par le régime obligatoire / implants intra oculaires, traitement de la DMLA par compléments en Oméga 3	200 €	300 €	400 €
 Prothèses dentaires à tarifs limités ou à tarifs libres	+25 %	+50 %	+100 %
Bonus Fidélité à partir de la 3ème année	+15% par an en 3ème et 4ème année -soit un bonus maximal acquis de 30%		
Orthodontie remboursée par le RO	+25 %	+50 %	+100 %
Bonus Fidélité à partir de la 3ème année	+15% par an en 3ème et 4ème année - soit un bonus maximal acquis de 30%		
Prestations dentaires non remboursées par le régime obligatoire : prothèses, orthodontie, parodontologie et implantologie	+200 €	+300 €	+400 €

## SURCOMPLÉMENTAIRE

Tous les remboursements au titre de la surcomplémentaire interviennent en complément du régime obligatoire français et de la complémentaire Osaly 100% SANTÉ 2 de l'assuré, dans les limites du montant des garanties choisies à la souscription de la surcomplémentaire (cf. annexe page 21) et des frais justifiés réellement engagés.

### SURCOMPLÉMENTAIRE

	€ 100	€ 125	€ 150	€ 200	€ 250	€ 300	€ 400
Consultations, honoraires médicaux et chirurgicaux des médecins ayant adhéré au DPTAM	+100% (12)	+100% (12)	+100% (12)	+100% (12)	+50% (12)	Pas de majoration	Pas de majoration
n'ayant pas adhéré au DPTAM	+100% (12)	+120% (12)	+120% (12)	+120% (12)	+100% (12)	+100% (12)	+200% (12)

(11) Pour les honoraires des médecins n'ayant pas adhéré au DPTAM du niveau 100, les majorations de remboursement sont plafonnées à +5% pour le renfort confort, + 30% pour le renfort tranquillité et +80% pour le renfort sérénité. (12) Consultations psychiatrie et neuropsychiatrie limitée à 8 par an et par bénéficiaire. Au-delà, seul le ticket modérateur est pris en charge

Les garanties sont exprimées en pourcentage de la base de remboursement de la Sécurité sociale, en forfait en Euro ou en une combinaison des deux. Ils intègrent les remboursements du régime obligatoire (les forfaits exprimés en Euro s'entendent par assuré et par année d'assurance sauf indication spécifique et ne sont pas reportables d'une année sur l'autre). Seuls les frais, qui ont préalablement donné lieu à un remboursement par le régime obligatoire d'assurance maladie français, sont pris en charge (sauf lorsque cela est explicitement mentionné dans le tableau de garanties).

Le total des remboursements perçus par l'Assuré ne peut en aucun cas dépasser les frais réels engagés. Les prestations détaillées dans le tableau ci-dessus s'entendent, dans tous les cas, selon les clauses et conditions du contrat. Conformément à la réglementation, la participation forfaitaire, les franchises sur les médicaments, sur les actes effectués par un auxiliaire médical et sur les transports, ainsi que la majoration du ticket modérateur et les dépassements autorisés d'honoraires en cas de non respect du parcours de soins ne sont pas pris en charge.