



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

Honoraires

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

170%⁽¹⁾

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

150%⁽¹⁾

⁽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.

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

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 ^{re} , 2 ^e année	3 séances /an
3 ^e 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^{re}, 2^e année
3^e année et +

75 € pour la monture
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

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 ^{re} , 2 ^e 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 ^e année 100% + 400 € /an
Le forfait en Euro est utilisable pour les implants et la parodontologie non remboursés par la Sécurité sociale.	4 ^e 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 ^{re} , 2 ^e année 200 € /sem. (soit 400 € /an) 3 ^e année 250 € /sem. (soit 500 € /an) 4 ^e 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)	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.