



# 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

### 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)

90 €/jour

45 €/jour

15 €/jour

Lit pour accompagnant non remboursé par la Sécurité sociale

### 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%

<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	<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					
- 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					
	110 € /an				
<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.**



Ref: 974830 09 2022 - f