

Les niveaux d'indemnisation mentionnés ci-dessous incluent les remboursements versés par la Sécurité sociale. Les remboursements sont effectués pour des frais relevant des législations Maladie, Accident de Travail / Maladie Professionnelle, et Maternité. Ils ne peuvent en aucun cas dépasser la totalité des frais laissés à charge de l'assuré après remboursement de la Sécurité sociale et de tout autre éventuel contrat complémentaire frais de santé. Le respect des règles de prise en charge maximales définies à l'article R.871-2 du code de la Sécurité sociale est apprécié eu égard à l'ensemble des prises en charge déjà effectuées par la Sécurité sociale, par tout autre éventuel contrat complémentaire frais de santé et le présent contrat.

Les prestations exprimées en crédit ou en forfait s'entendent par bénéficiaire.

	RÉGIME CONVENTIONNEL SOCLE	FORMULE MÉDIUM	FORMULE FIRST
HOSPITALISATION ET SOINS EXTERNES			
Hospitalisation médicale, chirurgicale et maternité			
Frais de séjour	175 % BR	200 % BR	400 % BR
Forfait hospitalier engagé	100 % FR limité au forfait réglementaire en vigueur	100 % FR limité au forfait réglementaire en vigueur	100 % FR limité au forfait réglementaire en vigueur
Actes de chirurgie (ADC), Actes d'anesthésies (ADA), Actes techniques médicaux (ATM), Autres honoraires			
Médecin ayant adhéré au DPTM	195 % BR	220 % BR	400 % BR
Médecin n'ayant pas adhéré au DPTM	175 % BR	200 % BR	200 % BR
Chambre particulière	100 % des frais réels dans la limite de 45 € par jour	100 % des frais réels dans la limite de 70 € par jour	100 % des frais réels dans la limite de 100 € par jour
Frais d'accompagnement pour la personne accompagnante d'un bénéficiaire du contrat (sur présentation d'un justificatif)	100 % des frais réels dans la limite de 45 € par jour	100 % des frais réels dans la limite de 70 € par jour	100 % des frais réels dans la limite de 100 € par jour
Transport remboursé SS			
Transport	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Actes médicaux			
Généraliste (Consultation et visite)			
Médecin ayant adhéré au DPTM	100 % BR	150 % BR	250 % BR
Médecin n'ayant pas adhéré au DPTM	100 % BR	130 % BR	200 % BR
Spécialiste (Consultation et visite)			
Médecin ayant adhéré au DPTM	195 % BR	220 % BR	350 % BR
Médecin n'ayant pas adhéré au DPTM	175 % BR	200 % BR	200 % BR
Actes de chirurgie (ADC) Actes techniques médicaux (ATM)			
Médecin ayant adhéré au DPTM	150 % BR	170 % BR	200 % BR
Médecin n'ayant pas adhéré au DPTM	130 % BR	150 % BR	180 % BR
Actes d'imagerie médicale (ADI) Actes d'échographie (ADE)			
Médecin ayant adhéré au DPTM	100 % BR	145 % BR	200 % BR
Médecin n'ayant pas adhéré au DPTM	100 % BR	125 % BR	180 % BR
Auxiliaires médicaux	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Analyses	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Actes médicaux non remboursés SS			
Densitométrie osseuse	néant	Crédit de 50 € par année civile	Crédit de 75 € par année civile
Pharmacie remboursée SS			
Pharmacie	100 % BR	100 % BR	100 % BR

**RÉGIME
CONVENTIONNEL
SOCLE**
FORMULE MÉDIUM
FORMULE FIRST

	RÉGIME CONVENTIONNEL SOCLE	FORMULE MÉDIUM	FORMULE FIRST
Pharmacie non remboursée SS			
Contraceptifs (pilules et patches)	néant	Crédit de 50 € par année civile	Crédit de 75 € par année civile
Sevrage tabagique	néant	Crédit de 50 € par année civile	Crédit de 75 € par année civile
Vaccin anti-grippe	néant	100 % des frais réels dans la limite de 15 €	100 % des frais réels dans la limite de 30 €
Vaccins prescrits non remboursés	néant	Crédit de 50 € par année civile	Crédit de 75 € par année civile
Appareillage remboursé SS			
Prothèses auditives	450 € par oreille limité à 2 actes par année civile et au minimum 100 % BR	600 € par oreille limité à 2 actes par année civile et au minimum 100 % BR	1 000 € par oreille limité à 2 actes par année civile et au minimum 100 % BR
Orthopédie et autres prothèses (hors appareillages dentaires et auditifs)	175 % BR	200 % BR	250 % BR
DENTAIRE			
Dentaire remboursé SS			
Soins dentaires (à l'exception des inlay simples et onlay)	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Soins dentaires avec dépassement (y compris inlay simples et onlay)	150 % BR	200 % BR	300 % BR
Prothèses dentaires	3 prothèses par année civile*	3 prothèses par année civile*	3 prothèses par année civile*
Incisives, canines, prémolaires	250 % BR	350 % BR	500 % BR
Molaires	175 % BR	300 % BR	400 % BR
Inlay core et inlay à clavettes	150 % BR	200 % BR	250 % BR
Orthodontie	250 % BR	300 % BR	400 % BR
Dentaire non remboursé SS			
Prothèses dentaires ⁽¹⁾	Crédit de 150 € par année civile	Crédit de 250 € par année civile	Crédit de 350 € par année civile
Orthodontie	Néant	250 % BR (reconstitué)	300 % BR (reconstitué)
Implants dentaires ⁽²⁾	Crédit de 500 € par année civile	Crédit de 500 € par année civile	Crédit de 600 € par année civile
Parodontologie ⁽³⁾	Néant	Crédit de 250 € par année civile	Crédit de 350 € par année civile
OPTIQUE ⁽⁴⁾			
Monture adulte	RSS + 80 €	RSS + 100 €	RSS + 150 €
Monture enfant	RSS + 60 €	RSS + 75 €	RSS + 130 €
Verres	RSS + Montants indiqués dans les tableaux ci-après en fonction des types de verre	RSS + Montants indiqués dans les tableaux ci-après en fonction des types de verre	RSS + Montants indiqués dans les tableaux ci-après en fonction des types de verre
Lentilles acceptées ou refusées par la SS (y compris lentilles jetables)	100 % BR** + crédit de 85 € par année civile	100 % BR** + crédit de 150 € par année civile	100 % BR** + crédit de 250 € par année civile
Chirurgie réfractive (myopie, hypermétropie, astigmatisme, presbytie)	600 € par œil	700 € par œil	800 € par œil
AUTRES			
Maternité			
Naissance ou adoption d'un enfant déclaré ⁽⁵⁾	néant	200 €	350 €
Actes de prévention			
Conformément aux dispositions de l'arrêté du 08 juin 2006 (voir liste ci-dessous) ⁽⁶⁾	100 % BR	100 % BR	100 % BR

**RÉGIME
CONVENTIONNEL
SOCLE**
FORMULE MÉDIUM
FORMULE FIRST

Assistance			
Assistance	Protocole 921805	Protocole 921805	Protocole 921805
Téléconsultation médicale ⁽⁷⁾	Oui	Oui	Oui
Médecine hors nomenclature			
Acupuncture, chiropractie, ostéopathie, pédicure, podologue, diététicien, psychologue, psychomotricien, tabacologue (si intervention dans le cadre de praticien inscrit auprès d'une association agréée)	néant	40 € par acte limité à 3 actes par année civile	50 € par acte limité à 4 actes par année civile

ADULTE (> OU = 18 ANS) CODE LPP	UNIFOCAUX / MULTIFOCAUX	AVEC/SANS CYLINDRE	SPHÈRE	RÉGIME	FORMULE	FORMULE	
				CONVENTIONNEL SOCLE	MÉDIUM	FIRST	
				MONTANT EN € PAR VERRE	MONTANT EN € PAR VERRE	MONTANT EN € PAR VERRE	
2203240 : verre blanc	UNIFOCAUX		de -6 à +6	70 €	85 €	140 €	
2287916 : verre teinté							
2280660 : verre blanc	UNIFOCAUX FORTE CORRECTION	Sphérique	de -6,25 à -10 ou de +6,25 à +10	80 €	95 €	240 €	
2282793 : verre blanc							
2263459 : verre teinté							
2265330 : verre teinté							
2235776 : verre blanc							
2295896 : verre teinté			< à -10 ou > à +10	90 €	105 €	250 €	
2259966 : verre blanc	UNIFOCAUX		de -6 à +6	80 €	95 €	140 €	
2226412 : verre teinté							
2284527 : verre blanc		Cylindre < à 4	< à -6 et > à +6	90 €	105 €	150 €	
2254868 : verre teinté							
2212976 : verre blanc	UNIFOCAUX FORTE CORRECTION	Cylindre > à 4	de -6 à +6	100 €	115 €	220 €	
2252668 : verre teinté							
2288519 : verre blanc				< à -6 et > à +6	110 €	125 €	240 €
2299523 : verre teinté							
2290396 : verre blanc	MULTIFOCAUX		de -4 à +4	130 €	150 €	250 €	
2291183 : verre teinté							
2245384 : verre blanc	MULTIFOCAUX FORTE CORRECTION	Sphérique	< à -4 ou > à +4	140 €	160 €	300 €	
2295198 : verre teinté							
2227038 : verre blanc	MULTIFOCAUX		de -8 à +8	150 €	160 €	280 €	
2299180 : verre teinté							
2202239 : verre blanc	MULTIFOCAUX FORTE CORRECTION	Tout Cylindre	< à -8 ou > à +8	160 €	180 €	300 €	
2252042 : verre teinté							

ENFANT (<18 ANS) CODE LPP	UNIFOCAUX / MULTIFOCAUX	AVEC/SANS CYLINDRE	SPHÈRE	RÉGIME	FORMULE	FORMULE
				CONVENTIONNEL SOCLE	MÉDIUM	FIRST
				MONTANT EN € PAR VERRE	MONTANT EN € PAR VERRE	MONTANT EN € PAR VERRE
2261874 : verre blanc	UNIFOCAUX		de -6 à +6	40 €	50 €	75 €
2242457 : verre teinté						
2243540 : verre blanc	UNIFOCAUX FORTE CORRECTION	Sphérique	de -6,25 à -10 ou de +6,25 à +10	75 €	85 €	105 €
2297441 : verre teinté						
2243304 : verre blanc						
2291088 : verre teinté						
2273854 : verre blanc						
2248320 : verre teinté			< à -10 ou > à +10	80 €	90 €	115 €

ENFANT (<18 ANS) CODE LPP	UNIFOCAUX / MULTIFOCAUX	AVEC/SANS CYLINDRE	SPHÈRE	RÉGIME	FORMULE	FORMULE	
				CONVENTION- NEL SOCLE	MÉDIUM	FIRST	
				MONTANT EN € PAR VERRE	MONTANT EN € PAR VERRE	MONTANT EN € PAR VERRE	
2200393 : verre blanc	UNIFOCAUX	Cylindre < à 4	de -6 à +6	50 €	60 €	85 €	
2270413 : verre teinté			< à -6 et > à +6	80 €	90 €	115 €	
2283953 : verre blanc	UNIFOCAUX FORTE CORRECTION	Cylindre > à 4	de -6 à +6	90 €	100 €	125 €	
2219381 : verre teinté			< à -6 et > à +6	100 €	110 €	135 €	
2238941 : verre blanc							
2268385 : verre teinté							
2245036 : verre blanc							
2206800 : verre teinté							
2259245 : verre blanc	MULTIFOCAUX		de -4 à +4	105 €	115 €	140 €	
2264045 : verre teinté							
2238792 : verre blanc	MULTIFOCAUX FORTE CORRECTION	Sphérique	< à -4 ou > à +4	115 €	125 €	150 €	
2202452 : verre teinté							
2240671 : verre blanc	MULTIFOCAUX		de -8 à +8	125 €	135 €	160 €	
2282221 : verre teinté							
2234239 : verre blanc	MULTIFOCAUX FORTE CORRECTION	Tout Cylindre	< à -8 ou > à +8	135 €	145 €	170 €	
2259660 : verre teinté							

* Au-delà de la limite de 3 prothèses dentaires par année civile remboursée par la Sécurité sociale, la garantie appliquée est celle du décret n°2014-1025 du 8 septembre 2014 (125 % BR).

** Le 100% BR ne concerne que les lentilles acceptées.

(1) La garantie prothèse dentaire non remboursée comprend les actes suivants :

- Couronnes dentaires : HBLD038, HBLD036, à l'exclusion des couronnes ou dents à tenon provisoires, couronnes à recouvrement partiel.
- Prothèses supra implantaire : HBLD132, HBLD492, HBLD118, HBLD199, HBLD240, HBLD236, HBLD217, HBLD171.
- Bridges : HBLD040, HBLD043, HBLD033, HBLD023, et les actes annexes s'y rapportant : HBMD490, HBMD342, HBMD082, HBMD479, HBMD433, HBMD072, HBMD081, HBMD087, à l'exclusion des prothèses dentaires sur dents temporaires, prothèses dentaires ou dents à tenon provisoires, les piliers de bridge à recouvrement partiel.

(2) La garantie implantologie non remboursée comprend la pose d'un implant à l'exclusion de tout acte annexe (scanner, pilier, couronne).

(3) La garantie parodontologie ne comprend pas les actes réalisés dans le cadre de traitement implantaire.

(4) Conformément au décret n°2014-1374 du 18 novembre 2014 et sauf en cas d'évolution de la vue médicalement constatée, le remboursement du renouvellement d'un équipement optique, composé de deux verres et d'une monture, n'est possible qu'au-delà d'un délai de 12 mois pour les mineurs et de 24 mois pour les adultes suivant l'acquisition du précédent équipement.

Pour l'appréciation de la période permettant un renouvellement, le point de départ est fixé à la date d'acquisition d'un équipement optique (ou du premier élément de l'équipement dans l'hypothèse d'un remboursement demandé en deux temps).

La justification de l'évolution de la vue se fonde soit sur la présentation d'une nouvelle prescription médicale portant une correction différente de la précédente, soit sur la présentation de la prescription initiale comportant les mentions portées par l'opticien en application de l'art. R.165 - 1 du code SS. La nouvelle correction doit être comparée à celle du dernier équipement ayant fait l'objet d'un remboursement par l'assureur.

(5) Cette garantie est limitée à un paiement par enfant déclaré.

(6) La liste prévue par l'arrêté du 8 juin 2006 comprend les prestations de prévention suivantes :

- Scellement des sillons sur les molaires avant 14 ans.
- Détartrage annuel complet sus et sous-gingival, effectué en 2 séances maximum.
- Premier bilan du langage oral ou écrit pour un enfant de moins de 14 ans.
- Dépistage de l'hépatite B.
- Dépistage une fois tous les cinq ans des troubles de l'audition chez les personnes âgées de plus de 50 ans pour un des actes suivants :
 - a) Audiométrie tonale ou vocale,
 - b) Audiométrie tonale avec tympanométrie,
 - c) Audiométrie vocale dans le bruit,
 - d) Audiométrie tonale et vocale,
 - e) Audiométrie tonale et vocale avec tympanométrie ;
 - Ostéodensitométrie pour les femmes de plus de 50 ans, tous les 6 ans,
 - Vaccinations suivantes, seules ou combinées :
 - a) Diphtérie, tétanos et poliomyélite : tous âges ;
 - b) Coqueluche : avant 14 ans ;
 - c) Hépatite B : avant 14 ans ;
 - d) BCG : avant 6 ans ;
 - e) Rubéole pour les adolescentes qui n'ont pas été vaccinées et pour les femmes non immunisées désirant un enfant ;
 - f) Haemophilus influenzae B - infections à l'origine de la méningite de l'enfant ;

(7) La Téléconsultation médicale est conforme au décret n° 2010-1229 du 19 octobre 2010 relatif à la télé-médecine. Elle est réalisée sur la base d'un contrat conclu entre l'Agence Régionale de Santé d'Île-de-France (ARS) et AXA Assistance. Autorisation de la CNIL - délibération n° 2015-134 du 23 avril 2015. AXA ASSISTANCE France - Société anonyme - Siège social : 6, rue André-Gide 92320 Châtillon - RCS Nanterre n° 311 338 339.

ABBREVIATIONS :

DPTM : Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée : Contrat d'accès aux soins (CAS), OPTAM (Option pratique tarifaire maîtrisée), OPTAM-CO (Option pratique tarifaire maîtrisée chirurgie et obstétrique).

PMSS : Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale.

FR : Frais réels engagés par l'assuré.

BR : Base de remboursement retenue par l'assurance maladie obligatoire pour déterminer le montant de son remboursement.

RSS : Remboursement Sécurité Sociale = Montant remboursé par l'assurance maladie obligatoire et calculé par application du taux de remboursement légal en vigueur à la base de remboursement.

TM : Ticket Modérateur soit partie de la base de remboursement non prise en charge par l'assurance maladie obligatoire (TM = BR - RSS).