

OSALYS 100% SANTE 3 OPTION 250



Les remboursements complémentaires suivent le parcours d'un contrat "Responsable".

HOSPITALISATION	
Honoraires des médecins ayant adhéré au DPTAM	250%
Bonus Fidélité à partir de la 2^{ème} année d'adhésion	+25%
Honoraires des médecins n'ayant pas adhéré au DPTAM	200%
Bonus Fidélité à partir de la 2^{ème} année d'adhésion Les honoraires des médecins n'ayant pas adhéré au DPTAM restent plafonnés à 200%.	+20%
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 garanties). Cela s'applique à la souscription du contrat et lors de l'ajout d'un bénéficiaire à l'exception des nouveaux-nés.	
Frais de séjour en établissement conventionné	Frais réels
en établissement non conventionné	100%
Forfait journalier hospitalier	Frais réels
Chambre particulière (y compris ambulatoire) non remboursée par le régime obligatoire, limitée à 30 jours/an/bénéficiaire en séjours spécialisés	70 €/jour
Lit accompagnant , enfant ou adulte, non remboursé par le régime obligatoire (dans la limite de 15 jours/an/bénéficiaire)	20 €/jour
Hospitalisation à domicile (HAD)	250%
TRANSPORT SANITAIRE	
Transports prescrits pour l'hospitalisation ou la médecine de ville	250%
SOINS COURANTS	
Honoraires médicaux : Consultations, actes (radio, petite chirurgie) et visites de généralistes et spécialistes ayant adhéré au DPTAM n'ayant pas adhéré au DPTAM	250% 200% Les consultations en psychiatrie et neuropsychiatrie sont limitées à 8 par an et par bénéficiaire. Au-delà seul le ticket modérateur est pris en charge.
Analyse et examens de laboratoire : biologie, analyse médicale	250%
Honoraires paramédicaux : auxiliaires médicaux (infirmier et infirmière, sage-femme, kinésithérapeute, orthophoniste, orthoptiste)	250%
Séances d'accompagnement réalisées par un psychologue et prises en charge par le régime obligatoire (dans la limite de 8 séances par an)	100%
Médicaments remboursés par le régime obligatoire	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	250%
Cure thermale : soins lors de cures prescrites et remboursés par le régime obligatoire.	100%
Médecine douce : (ostéopathe, psychologue, chiropracteur, acupuncteur, pédicure-podologue, homéopathe, diététicien-nutritionniste, sophrologue, naturopathe) non remboursée par le régime obligatoire	200 €/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^{ème} 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	130 €/an
SOINS A L'ETRANGER	
Soins à l'étranger	200%

AIDES AUDITIVES	
Équipement 100% Santé Aides auditives 100% Santé (classe I)	Frais réels dans la limite des prix définis par la réglementation
Aides auditives à tarifs libres (classe II) Personne de plus de 20 ans Personne de moins de 20 ans ou souffrant de cécité Les forfaits en euros sont par oreille et intègrent les remboursements du régime obligatoire	600 € 1700 €
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.	
Réparation et piles pour appareil auditif	250%
DENTAIRE	
Soins : consultations et soins, inlay-onlay, chirurgie, parodontologie remboursée	250%
Soins et prothèses 100% Santé 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
Autres prothèses (prothèses à tarifs limités et prothèses à tarifs libres) Elles incluent certaines couronnes céramo-métalliques sur 2ème 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. Limite annuelle (seul le ticket modérateur est pris en charge au-delà de cette limite).	250%
	1ère et 2ème année 1 500 €
	3ème année et suivantes 2 000 €
Orthodontie	250%
Prestations dentaires non remboursées par le régime obligatoire : prothèses, orthodontie, parodontologie et implantologie	150 €/an
	Ce forfait ne peut pas être utilisé pour des soins ne figurant pas dans la classification commune des actes médicaux (CCAM).
OPTIQUE	
Équipement 100% Santé 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 Forfait lunettes à 2 verres simples classe B Forfait lunettes avec au moins un verre complexe ou très complexe de classe B Les forfaits en euros intègrent les remboursements du régime obligatoire	285 € 385 €
Équipement panaché 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 €.	
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'opticien. Le point de départ pour le renouvellement est la date du 1 ^{er} 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. 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. Le montant remboursé pour un équipement responsable est dans tous les cas limité aux plafonds définis par la réglementation des contrats responsables.	
Lentilles	€125
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.	
EXONERATION ET/OU REMBOURSEMENT DE COTISATION	
Si hospitalisation de plus de 9 nuits consécutives suite à un accident (réservé aux assurés non bénéficiaires de la « loi Madelin »)	garantie



ASAF & AFPS

Associations souscriptrices de contrat d'assurance de groupe (Loi 1901) : Association Santé et Action Familiale - J.O. du 05/01/74 - Siret 307 513 259 00043 - n°orias : 11 059 106 (www.orias.fr) – Action Familiale de Prévoyance Sociale - Association Loi 1901 - J.O. du 27/06/70 - Siret 782 472 641 00045 - n°orias : 11 059 104 (www.orias.fr) - Sièges sociaux : Les Templiers - 950 Route des Colles - 06410 BIOT – AXA France Vie - Société anonyme au capital de 487 725 073,50 euros 310 499 959 R.C.S. NANTERRE - Mandataire exclusif en opérations de banque d'AXA Banque - LEI : 969500JYQZHAIBIU3513 - n°orias : 13 005 764 (www.orias.fr) – INTER PARTNER ASSISTANCE (AXA Assistance), SA de droit Belge au capital de 130 702 613 € - Siège social : Boulevard du Régent 7 - 1000 Bruxelles - Entreprise d'assurance non vie agréée par la Banque Nationale de Belgique (0487) immatriculée au RPM Bruxelles sous le n°415 591 055, prise au travers de sa succursale française immatriculée au RCS NANTERRE sous le n° 316 139 500 et située 6 rue André Gide 92320 Châtillon. IPA intervient sous la marque AXA Assistance. Centre de Gestion : GIEPS (pour ASAF&AFPS) - Groupement d'Intérêt économique (ordonnance n°67-821) de Prévoyance Sociale - 950 012 997 RCS ANTIBES - Siège social : Les Templiers - 950 Route des Colles - 06410 BIOT.

ASSISTANCE	
Seules les équipes d'AXA Assistance sont habilitées à fixer la durée des prestations. Se reporter aux conditions des garanties Assistance en page 23.	
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

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 civile 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 perçu 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.

DÉFINITIONS

Verres simples :

- verres unifocaux sphériques dont la sphère est comprise entre - 6,00 et + 6,00 dioptries
- verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre - 6,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries
- verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S (sphère + cylindre) est inférieure ou égale à 6,00 dioptries

Verres complexes :

- verres unifocaux sphériques dont la sphère est hors zone de - 6,00 à + 6,00 dioptries
- verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre - 6,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries
- verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est inférieure à - 6,00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 dioptrie
- verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 6,00 dioptries
- verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est comprise entre - 4,00 et + 4,00 dioptries
- verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre - 8,00 et 0,00 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries
- verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est inférieure ou égale à 8,00 dioptries

Verres très complexes :

- verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est hors zone de - 4,00 à + 4,00 dioptries
- verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre - 8,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries
- verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est inférieure à - 8,00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 dioptrie
- verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 8,00 dioptries



ASAF & AFPS

Associations souscriptrices de contrat d'assurance de groupe (Loi 1901) : Association Santé et Action Familiale - J.O. du 05/01/74 - Siret 307 513 259 00043 - n°orias : 11 059 106 (www.orias.fr) – Action Familiale de Prévoyance Sociale - Association Loi 1901 - J.O. du 27/06/70 - Siret 782 472 641 00045 - n°orias : 11 059 104 (www.orias.fr) - Sièges sociaux : Les Templiers - 950 Route des Colles - 06410 BIOT – AXA France Vie - Société anonyme au capital de 487 725 073,50 euros 310 499 959 R.C.S. NANTERRE - Mandataire exclusif en opérations de banque d'AXA Banque - LEI : 969500JY0ZHAIBIU3513 - n°orias : 13 005 764 (www.orias.fr) – INTER PARTNER ASSISTANCE (AXA Assistance), SA de droit Belge au capital de 130 702 613 € - Siège social : Boulevard du Régent 7 - 1000 Bruxelles - Entreprise d'assurance non vie agréée par la Banque Nationale de Belgique (0487) immatriculée au RPM Bruxelles sous le n°415 591 055, prise au travers de sa succursale française immatriculée au RCS NANTERRE sous le n° 316 139 500 et située 6 rue André Gide 92320 Châtillon. IPA intervient sous la marque AXA Assistance. Centre de Gestion : GIEPS (pour ASAF&AFPS) - Groupement d'Intérêt économique (ordonnance n°67-821) de Prévoyance Sociale - 950 012 997 RCS ANTIBES - Siège social : Les Templiers - 950 Route des Colles - 06410 BIOT.

OSALYS 100% SANTE 3 250

Exemples de remboursement (1)

Ce document présente des exemples de remboursements en euros par l'assurance maladie et par votre contrat complémentaire, parmi les cas les plus fréquents et selon le niveau de couverture choisi. Ils ne constituent pas forcément à vos besoins ou à votre situation mais, ils vous permettent de comprendre, choisir ou comparer les tableaux de garantie. Ils ne peuvent pas se substituer aux documents contractuels qui seuls engagent l'organisme de complémentaire santé. Ils ont construits sur la base des données communiquées par l'assurance maladie obligatoire en s'appuyant sur le Glossaire de l'assurance complémentaire santé édité par l'Unocam (<https://unocam.fr/ressources/documents-a-telecharger/>)

Contrat d'assurance santé responsable (2)	Tarif le plus souvent facturé ou tarif réglementé	Base de remboursement de la Sécurité sociale (BR) (3)	Remboursement assurance maladie obligatoire (AMO)	Remboursement assurance maladie complémentaire (AMC)	Reste à charge
Hospitalisation					
Forfait journalier hospitalier (hébergement)	20 € (15 € en service psychiatrique)	0,00 €	0,00 €	20 € (15 €)	0,00 €
Chambre particulière (sur demande du patient)	Non connu (NC)	Non remboursé	Non remboursé	70 € / jour	Selon contrat
Séjour avec actes lourds					
L'hôpital public inclut la rémunération des praticiens dans les frais de séjour, alors que leurs honoraires sont facturés séparément dans le secteur privé.					
Exemple d'une opération chirurgicale de la cataracte, en secteur privé					
Frais de séjour	Différent selon public / privé	BR	BR - 24 €	24,00 €	0,00 €
Frais de séjour en secteur privé	Tarif moyen de 745,54 €	745,54 €	721,54 €	24,00 €	0,00 €
Honoraires médecins adhérents DPTAM (OPTAM ou OPTAM-CO)	Dépassements maîtrisés	BR	100% BR	Dépassement si prévu au contrat	Selon contrat
Opération en secteur privé : honoraires chirurgien	Tarif moyen de 355 €	271,70 €	271,70 €	83,30 €	0,00 €
Honoraires médecins secteur 2 non adhérents DPTAM (OPTAM ou OPTAM-CO)	Honoraires libres	BR	100% BR	Dépassement si prévu au contrat (remboursements des dépassements plafonné à 100% BR)	Selon contrat
Opération en secteur privé : honoraires chirurgien	Tarif moyen de 447 €	271,70 €	271,70 €	175,30 €	0,00 €
Séjour sans acte lourd					
L'hôpital public inclut la rémunération des praticiens dans les frais de séjour, alors que leurs honoraires sont facturés séparément dans le secteur privé.					
Exemple d'un suivi d'une pneumonie ou pleurésie pour un patient de plus de 17 ans, en hôpital public					
Frais de séjour	Différent selon public / privé	BR	80% BR	20% BR	0,00 €
Frais de séjour en secteur public	Tarif moyen de 3 270,12 €	3 270,12 €	2 616,10 €	654,02 €	0,00 €
Soins courants					
Honoraires médecins secteur 1 (généralistes ou spécialistes)	Tarif de convention	BR	70% BR - 1 €	30% BR	1 € de participation forfaitaire
Ex : consultation médecin traitant généraliste pour un patient de	25 €	25 €	16,50 €	7,50 €	1 € de participation forfaitaire
Ex : consultation pédiatre pour enfant de moins de 6 ans	32 €	32 €	22,40 €	9,60 €	0,00 €
Ex : consultation médecin spécialiste pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie, ophtalmologie, dermatologie, etc.)	30 €	30 €	20,00 €	9,00 €	1 € de participation forfaitaire
Honoraires médecins adhérents DPTAM (OPTAM ou OPTAM-CO)	Dépassements maîtrisés	BR	70% BR - 1 €	30% BR	1 € de participation forfaitaire, plus dépassement selon contrat
Ex : consultation pédiatre pour enfant de moins de 6 ans	32 €	32 €	22,40 €	+ dépassement si prévu au contrat 9,60 €	0,00 €
Ex : consultation médecin spécialiste pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie, ophtalmologie, dermatologie, etc.)	44 €	30 €	20,00 €	23,00 €	1 € de participation forfaitaire
Honoraires médecins secteur 2 non adhérents DPTAM (OPTAM ou OPTAM-CO)	Honoraires libres	BR	70% BR - 1 €	30% BR	1 € de participation forfaitaire, plus dépassement selon contrat
Ex : consultation pédiatre pour enfant de 2 à 16 ans	55 €	23 €	16,10 €	+ dépassement si prévu au contrat (remboursement des dépassements plafonné à 100% BR) 29,90 €	9,00 €
Ex : consultation médecin spécialiste pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie, ophtalmologie, dermatologie, etc.)	57 €	23 €	15,10 €	29,90 €	12,00 €
Matériel médical	Tarif moyen facturé	BR	60% BR	40% BR	1 € de participation forfaitaire, plus dépassement selon contrat
Ex : achat d'une paire de béquilles	25,80 €	24,40 €	14,64 €	+ dépassement si prévu au contrat 11,16 €	0,00 €
Dentaire					
Soins et prothèses 100% Santé	Prix moyen national	BR	70% BR	30% BR	0,00 €
Ex : pose d'une couronne céramo-métallique sur incisives, canines et premières prémolaires	500,00 €	120,00 €	84,00 €	+ dépassement dans la limite du plafond des honoraires 416,00 €	0,00 €
Soins hors 100% Santé	Tarif de convention	BR	70% BR	30% BR	Selon contrat
Ex : détartrage	43,38 €	43,38 €	30,36 €	+ dépassement si prévu au contrat 13,02 €	0,00 €
Prothèses hors 100% Santé	Prix moyen national	BR	70% BR	30% BR	Selon contrat
Ex : couronne céramo-métallique sur molaires	537,48 €	120,00 €	84,00 €	+ dépassement si prévu au contrat 216,00 €	237,48 €
Orthodontie (moins de 16 ans)	Prix moyen national	BR	100% BR	Dépassement si prévu au contrat	Selon contrat
Ex : traitement par semestre (6 max)	720,00 €	193,50 €	193,50 €	290,25 €	236,25 €
Optique					
Equipement 100% Santé	Prix moyen national	BR	60% BR	40% BR	0,00 €
Ex : verres simples et monture	41 € par verre + 30 € (monture)	12,75 € par verre + 9 € (monture)	7,65 € par verre + 5,40 € (monture)	+ dépassement dans la limite des PLV (4) 33,35 € par verre + 24,60 € (monture)	0,00 €
Ex : verres progressifs et monture	90 € par verre + 30 € (monture)	27 € par verre + 9 € (monture)	16,20 € par verre + 5,40 € (monture)	73,80 € par verre + 24,60 € (monture)	0,00 €
Equipement (hors 100% Santé)	Prix moyen national	BR	60% BR	40% BR	Selon contrat
Ex : verres simples et monture	100 € par verre + 139 € (monture)	0,05 € par verre + 0,05 € (monture)	0,03 € par verre + 0,03 € (monture)	+ dépassement prévu au contrat, dans la limite des plafonds 284,91 €	54,00 €
Ex : verres progressifs et monture	231 € par verre + 139 € (monture)	0,05 € par verre + 0,05 € (monture)	0,03 € par verre + 0,03 € (monture)	384,91 €	216,00 €
Lentilles	Prix moyen national	Pas de prise en charge (dans le cas général)	Pas de prise en charge (dans le cas général)	Prise en charge si prévu au contrat	Selon contrat
Forfait annuel	NC	Non remboursé (dans le cas général)	Non remboursé (dans le cas général)	125,00 €	Selon contrat
Chirurgie réfractive	Prix moyen national	Non remboursé	Non remboursé	Prise en charge si prévu au contrat	Selon contrat
Ex : opération correctrice de la myopie	NC	Non remboursé	Non remboursé	0,00 €	Selon contrat
Aides auditives					
Equipement 100% Santé	Prix moyen national	BR	60% BR	40% BR	0,00 €
Ex : appareil auditif	950,00 €	400,00 €	240,00 €	+ dépassement dans la limite des PLV 710,00 €	0,00 €
Equipement (hors 100% Santé)	Prix moyen national	BR	60% BR	40% BR	Selon contrat
Ex : appareil auditif	1 476,00 €	400,00 €	240,00 €	+ dépassement dans la limite des plafonds réglementaires 360,00 €	876,00 €

(1) : Les exemples de remboursement sont donnés pour un assuré sans taux de prise en charge particulier et respectant le parcours de soins coordonnés.

(2) : Les contrats dits "responsables" quand ils respectent des obligations liées par la réglementation, notamment des minimums et des maximums de remboursement ainsi que des interdictions de prise en charge. Pour aller plus loin, consultez le Glossaire de l'assurance complémentaire santé.

(3) : La BR est un tarif de "référé" fixé pour chaque acte, chaque produit, chaque dispositif médical. L'assurance maladie obligatoire ne rembourse dans la plupart des cas qu'un % de la BR, à un taux différent selon les actes, produits de santé, dispositifs médicaux, le complément étant apporté par l'assurance maladie complémentaire.

(4) : Prix limite de vente