

OSALYS 100% SANTE 200

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

HOSPITALISATION	
Honoraires des médecins ayant adhéré au DPTAM	200% (1)
n'ayant pas adhéré au DPTAM	180% (1)
Frais de séjour	
- En établissement conventionné	Frais réels
- En établissement non conventionné	100%
Forfait journalier hospitalier	Frais réels
Chambre particulière (y compris en ambulatoire) non remboursée par la sécurité sociale	60 € par jour limitée à 60 jours par an et par bénéficiaire en séjours spécialisés
Lit d'accompagnant , enfant ou adulte non remboursé par la sécurité sociale (dans la limite de 15 jours par an et par bénéficiaire)	20€ par jour
Hospitalisation à domicile (HAD)	200%
TRANSPORT SANITAIRE	
Transports prescrits pour l'hospitalisation ou la médecine de ville	200%
SOINS COURANTS	
Honoraires médicaux : Consultations, actes (radio, petite chirurgie) et visites de généralistes et spécialistes ayant adhéré au DPTAM	200 % (2)
n'ayant pas adhéré au DPTAM	180% (2)
Analyse et examens de laboratoires: biologie, analyse médicale	200%
Honoraires paramédicaux : auxiliaires médicaux (infirmier et infirmière, sage-femme, kinésithérapeute, orthophoniste, orthoptiste)	200%
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 de la sécurité sociale	200%
Bonus fidélité à partir de la 3eme année	+ 15€ par an pendant 5 ans (soit un bonus maximal acquis de 75€)
Médecine douce (ostéopathe, chiropracteur, acupuncteur, pédicure-podologue, étio-pathe, homéopathe, diététicien-nutritionniste, sophrologue, naturopathe) non remboursée par la Sécurité sociale	175€ par an
Médicaments et vaccins prescrits et non remboursés	
Bonus fidélité à partir de la 3ème 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) même non remboursés par la sécurité sociale	110€ par an
SOINS A L'ETRANGER	
Soins à l'étranger	150%

OPTIQUE	
Equipements 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
Equipement à tarifs libres (3)	
Forfait lunettes à 2 verres simples de classe B (4)	235 €
Forfait lunettes avec au moins un verre complexe ou très complexe de classe B (4)	310 €
Bonus fidélité chez partenaires ITELIS à partir de la 3ème année	+ 15€ par an pendant 5 ans (soit un bonus maximal acquis de 75€)
Equipement panaché (3)	
Dans le cas d'un panachage entre équipements 100% santé et équipements à tarif libre (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 tarif libre est diminué de celui accordé pour les équipements 100% santé. Si la monture est à tarif libre, son remboursement ne peut excéder 100€.	
Lentilles (5)	100 €
DENTAIRE	
Soins : consultations et soins, inlay-onlay, chirurgie, parodontologie remboursée	200%
Soins et prothèses 100% Santé	
Ces prothèses incluent certaines couronnes céramo-métallique sur incisives, canines et premières prémolaires, certaines couronnes métalliques sur les autres dents (se reporter à la Notice d'information pour trouver plus d'exemples et 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-métallique sur deuxième prémolaires et molaires, certains bridges, certains appareils amovibles, les implants et d'autres prothèses définis comme ayant des tarifs limités ou libre par la réglementation .	200%
Limite annuelle (6)	1re, 2e année 3e année et +
	1 200 €
	1 800 €
Orthodontie	200%
Bonus fidélité à partir de la 3ème année	+30€ tous les ans pendant 5 ans (soit un bonus maximal acquis de 150€)
Prothèses dentaires, orthodontie, parodontologie et implantologie non remboursées	125 € par an
AIDES AUDITIVES	
jusqu'au 31/12/2020	
Aides auditives, prestations initiales et de suivi	200%
Réparations et piles pour appareil auditif	200%
A partir du 01/01/2021	
Equipements 100% Santé	
Aides auditives 100% santé (classe I) (7)	Frais réels dans la limite des prix définis par la réglementation
Aides auditives à tarifs libres (classe II) (7)	
Adulte (> 20 ans)	800 €
Enfant	1 700 €
Réparations et piles pour appareil auditif	200%

ASSISTANCE (8)	
Aide-ménagère suite à une hospitalisation de plus de 24 heures	Une fois par an dans la limite de 30 heures
Garde enfants ou petits-enfants pendant une hospitalisation de plus de 24 heures	Une fois par an dans la limite de 40 heures
Garde de personne dépendante pendant une hospitalisation de plus de 24 heures	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
Soutien scolaire suite à une immobilisation au domicile	2 mois par an dans la limite de 10 heures par semaine
Garde-animaux pendant une hospitalisation de plus de 24 heures	Une fois par an dans la limite de 230 €
Livraison de repas suite à une hospitalisation de plus de 24 heures ou pendant son immobilisation	Une fois par an dans la limite d'un repas par jour pendant 7 jours
Rapatriement médical	En cas 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
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

Association Santé et Action Familiale - Association Loi 1901 - 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 : 950 Route des Colles - Les Templiers - 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 - n°orias : 13 005 764 (www.orias.fr) - INTER PARTNER ASSISTANCE (AXA Assistance), SA de droit Belge au capital de 31 702 613 € - Entreprise d'assurance non vie agréée par la Banque Nationale de Belgique (0487) immatriculée au RPM Bruxelles sous le n°415 591 055 - Siège social : 166 Avenue Louise 1050 Bruxelles, Belgique, 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.

DEFINITIONS

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 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

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 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.

(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 sans interruption de garantie c'est le taux de l'ancien contrat qui est appliqué dans les limites prévues au tableau de 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 dévolution 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 1er équipement. Pour les assurés presbytes ne voulant 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) 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.

(6) Seul le ticket modérateur est pris en charge au-delà de cette limite.

(7) La prise en charge des aides auditives est limitée à un équipement par oreille tous les 4 ans et à 1 700€ par oreille.

(8) Se reporter aux conditions de garanties Assistance en page 20 de la notice d'information