

EXTRACONFORT PLUS

TABLEAU DES PRESTATIONS

Les remboursements complémentaires suivent pour l'ensemble des options de garantie le parcours d'un contrat "Responsable" selon la Loi N°2004-810 du 13 août 2004 relative à l'Assurance maladie ainsi que ses décrets sauf si la mention "Contrat Non Responsable" est précisée sur le certificat d'adhésion.

	O P T I O N S D E G A R A N T I E			
	ADHÉSION SANS Questionnaire de Santé			
	EC 1	EC 2	EC 3	EC 4
HOSPITALISATION (Y compris en maternité)				
Frais de séjour hospitalisation chirurgicale et médicale, clinique conventionnée ou hôpital public	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Frais de séjour hospitalisation chirurgicale et médicale, clinique non conventionnée agréée, hôpital public secteur privé	100 %	100 %	100 %	100 %
Autres séjours	100 % maximum 60 jours (1)	100 % maximum 60 jours (1)	100 % maximum 60 jours (1)	100 % maximum 60 jours (1)
Honoraires médicaux, chirurgicaux et autres actes durant le séjour en hospitalisation médicale et chirurgicale	100 %	125 %	150 %	200 %
Forfait journalier hospitalier	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Chambre particulière	Néant	45 €/jour	50 €/jour	55 €/jour
Lit accompagnant	Néant	12 €/jour maximum 60 jours (1)	15 €/jour maximum 60 jours (1)	18 €/jour maximum 60 jours (1)
Maternité – Adoption	Néant	Forfait de 100 €	Forfait de 110 €	Forfait de 125 €
Transport ambulance	100 %	100 %	100 %	100 %

DENTAIRE

Actes, Soins et Chirurgie Dentaires	100 %	100 %	125 %	125 %
Prothèse dentaire – Orthodontie	100 %	150 %	175 %	200 %
remboursement plafonné (1)	maximum 1 ^{ère} année			700 €
en prothèse dentaire	maximum 2 ^{ème} année			1 100 €
	maximum 3 ^{ème} année			1 900 €
	maximum années suivantes			2 200 €

OPTIQUE

Optique médicale (2): Verres et lentilles – Montures – Opération au laser	100 %	100 %	125 %	150 %
1 ^{ère} année		+ Complément de 115 € (1)	+ Complément de 145 € (1)	+ Complément de 190 € (1)
2 ^{ème} année		+ Complément de 130 € (1)	+ Complément de 160 € (1)	+ Complément de 195 € (1)
3 ^{ème} année		+ Complément de 150 € (1)	+ Complément de 180 € (1)	+ Complément de 215 € (1)
4 ^{ème} année et suivantes		+ Complément de 170 € (1)	+ Complément de 195 € (1)	+ Complément de 230 € (1)
Opération de la myopie au laser (2) forfait identique au montant complémentaire optique médicale ci-dessus à partir de la 5 ^{ème} année		+ 100 € par œil	+ 150 € par œil	+ 200 € par œil

HORS HOSPITALISATION

Consultations – Visites	100 %	100 %	125 %	150 %
Pharmacie	100 %	100 %	100 %	100 %
Vaccins	Plafonnés à 100 € (1)	Plafonnés à 100 € (1)	Plafonnés à 100 € (1)	Plafonnés à 100 € (1)
Petite chirurgie, Actes techniques médicaux	100 %	125 %	150 %	200 %
Laboratoire – Radios	100 %	100 %	125 %	150 %
Ostéodensitométrie	Plafonnée à 75 €	Plafonnée à 75 €	Plafonnée à 75 €	Plafonnée à 75 €
Auxiliaires médicaux – Rééducation	100 %	125 %	125 %	125 %
Orthopédie, Appareillage, Prothèse autre que dentaire	100 %	100 % + Complément de 25 € (1)	125 % + Complément de 25 € (1)	150 % + Complément de 25 € (1)
Hospitalisation à domicile	100 %	125 %	150 %	200 %

AUTRES PRESTATIONS

Médecine non remboursée par le régime obligatoire	15 € par acte plafonnée à 45 € (1)	18 € par acte plafonnée à 54 € (1)	23 € par acte plafonnée à 69 € (1)	25 € par acte plafonnée à 75 € (1)
Cure thermale	Forfait de 50 € (1)	100 %	100 %	100 % + Forfait de 100 € (1)
Soins à l'étranger	100 %	100 %	125 %	125 %
Garanties assistance	Incluses	Incluses	Incluses	Incluses
Obsèques	Néant	Indemnité de 300 €	Indemnité de 400 €	Indemnité de 550 €
Exonération ou remboursement de la cotisation	Garantie	Garantie	Garantie	Garantie
Garantie agression – Capital Décès ou Perte Totale et Irréversible d'Autonomie par agression	Néant	8 000 €	12 000 €	15 000 €

Les prestations détaillées dans le tableau ci-dessus s'entendent, dans tous les cas, selon la formule souscrite, les clauses et conditions du contrat.

Les pourcentages indiqués s'expriment en fonction de la base de remboursement du régime obligatoire, y compris le remboursement de celui-ci et les éventuels montants non remboursables selon la Loi N° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'Assurance maladie ainsi que ses décrets (participation forfaitaire, franchises médicales, majoration de participation et dépassements d'honoraires en cas de non-respect du parcours de soins). Si le contrat est Non Responsable il faut lire "de la base de remboursement du régime obligatoire, y compris le remboursement de celui-ci, la participation forfaitaire et les franchises médicales".

Le total des remboursements complémentaires, du régime obligatoire et les prestations non prises en charge au titre du présent contrat tel que défini ci-dessus ne peut excéder les frais justifiés réellement engagés.

(1) par année civile et par assuré.

(2) les sommes complémentaires Optique médicale et Opération de la myopie ne se cumulent pas.

EXTRACONFORT PLUS

TABLEAU DES PRESTATIONS / CONDITIONS GÉNÉRALES COMPLÉMENTAIRE SANTÉ

I • DISPOSITIONS GÉNÉRALES

ARTICLE 1 – OBJET DU CONTRAT

Le présent contrat d'assurance de groupe à adhésion facultative est souscrit par l'Association, appelée ci-après l'Association, dont le siège social se trouve : 20, chemin des Sables – Boîte Postale N° 102 – 06167 JUAN-LES-PINS CEDEX, auprès de AXA France Vie – Société anonyme au capital de 487 725 073,50 euros – 310 499 959 R.C.S. PARIS ou de AXA Assurance Vie Mutuelle – Société d'assurance mutuelle sur la vie et de capitalisation à cotisations fixes – Siren 353 457 245 – Entreprises régies par le Code des Assurances, dont les sièges sociaux se trouvent : 26, rue Drouot – 75009 PARIS appelées ci-après l'Assureur. Le contrat entre l'Association et l'Assureur se renouvelle par tacite reconduction au 1er janvier de chaque année, sauf dénonciation par l'une des parties moyennant préavis de six mois par lettre recommandée. A cette échéance l'Assureur s'engage à ne pas mettre fin aux garanties individuellement accordées aux Assurés. Ce contrat est réservé aux membres de l'Association appelés, ci-après, les Adhérents. Ce contrat peut également être modifié par avenant ; l'Adhérent sera informé par l'Association avant toute modification apportée à ses droits ou obligations dans le respect de l'article L 141-4 du Code des Assurances.

L'Assuré, personne sur laquelle repose l'assurance, est également Adhérent au contrat sauf mention contraire stipulée sur le certificat d'adhésion. Il a pour objet de garantir, pour lui et sa famille assurée, le remboursement de frais médicaux occasionnés par une maladie ou un accident, en complément des prestations versées par leur régime obligatoire et dans la limite des dépenses réellement engagées. Les déclarations des Adhérents servent de base à leur adhésion qui est incontestable dès son entrée en vigueur, sauf effet des Lois et Décrets du Code des Assurances. L'adhésion est composée du certificat d'adhésion et de la présente note d'information; celle-ci représente les garanties **EXTRACONFORT PLUS** et reprend les conditions générales du contrat d'assurance de groupe à adhésion facultative précité. L'Association assure les actes de gestion nécessaires à l'acceptation et au fonctionnement du contrat et des adhésions.

Elle peut déléguer tout ou partie de ces tâches à un organisme de son choix.

ARTICLE 2 – CONDITIONS D'ADMISSION

Sont admissibles dans le cadre d'une adhésion familiale obligatoire et sous réserve d'acceptation par l'Association dans la garantie choisie, les Adhérents ayant :

- moins de 60ans lors de l'adhésion (par différence de millésime),
- rempli et signé pour chaque membre de la famille la demande d'adhésion précisant la garantie choisie et le questionnaire de santé pour les seules garanties pour lesquelles il est demandé,
- réglé les droits d'entrée et cotisations associatives dont les montants sont précisés à l'Article 5 de la présente note d'information,
- souscrit pour l'ensemble de la famille la même garantie ou une garantie correspondant au régime obligatoire de chaque membre (*une demande d'adhésion devra être utilisée pour chaque régime sollicité*).

L'Association peut demander, si le questionnaire de santé est nécessaire à l'adhésion (selon option de garantie choisie) et selon les réponses apportées, toutes justifications, visites ou examens complémentaires. Elle peut majorer la cotisation, modifier ou refuser les garanties. Dans chacun des cas l'Adhérent en est avisé préalablement.

ARTICLE 3 – DÉBUT DES GARANTIES

Les garanties prennent effet, sous réserve des délais d'attente ci-après, pour chaque Adhérent, à compter de la date indiquée sur son certificat d'adhésion, et sous réserve du paiement de la cotisation ; cette date ne peut être antérieure à la date de réception de la demande d'adhésion par l'Association.

PÉRIODES D'ATTENTE :

Toutes les options de garanties sont soumises à une période d'attente de 30jours concernant l'ensemble des frais liés à une hospitalisation (frais de séjours, honoraires, chambre particulière, lit accompagnant, forfait journalier hospitalier, transport) sauf en cas d'accident ou de maladie infectieuse (telles que listées à l'Article 7 "DEFINITIONS") survenus pendant la période d'attente.

IL EST ÉGALEMENT PRÉVU UNE PÉRIODE D'ATTENTE DE :

- 10 mois, quelle que soit l'option de garantie, pour l'intégralité du forfait maternité.

Durant cette période le forfait maternité est donné à raison de 10 % par mois de présence, avec un maximum de 100 % du forfait,

Ces périodes se calculent à partir de la date d'effet retenue pour l'adhésion. Ces délais sont supprimés pour les Adhérents assurés auprès d'un organisme similaire sans interruption jusqu'à cette date et dans la limite des garanties dont ils disposaient précédemment, un justificatif détaillé est demandé lors de la demande d'adhésion. Ces périodes d'attente sont également applicables en cas de changement de formule avec augmentation des garanties et portent uniquement sur les améliorations données par la nouvelle formule.

CHANGEMENT DE FORMULES :

Les garanties varient selon les formules proposées, le détail figure au tableau des prestations faisant partie intégrante de la présente note. Toute diminution de garantie est possible au début de chaque trimestre civil, un an au moins après l'adhésion au contrat. Toute augmentation de garantie est soumise à l'acceptation de l'Association et n'est possible qu'au début de chaque trimestre civil, un an au moins après l'adhésion au contrat et, en ce cas, aucune diminution de garantie ne pourra être acceptée avant 12 mois.

ARTICLE 4 – DISPOSITIONS DIVERSES

TÉLÉTRANSMISSION AVEC LES C.P.A.M., LA RAM ET LE GAMEX :

Les décomptes de remboursement des assurés bénéficiaires de ces régimes obligatoires peuvent être transmis, sous forme d'images informatiques, à l'Association directement par les caisses d'assurance maladie, évitant ainsi l'envoi des décomptes par l'Adhérent à l'Association. L'Adhérent peut, à tout moment, sur demande écrite à l'Association, mettre fin à ces transmissions.

TIERS-PAYANT SANTÉ :

Sans supplément de cotisation, sur simple présentation de l'attestation de Tiers-payant Santé à condition que les dépenses de santé soient concernées par le Tiers-payant, que le