



Solutions AXA
pour les entreprises
Santé

Conditions particulières Santé



POUR LA FONDATION NATIONALE ALFRED KASTLER
Votre contrat n° 228155693



assurance **citoyenne**



NOUS CONTACTER

VOTRE AGENT GÉNÉRAL
D'ASSURANCE EXCLUSIF AXA FRANCE
ANTHONY CORNEILLE
 SERVICE DÉDIÉ FONDATION KASTLER
 2, AVENUE DE VERDUN
 25110 BAUME-LES-DAMES
 ☎ **0381845050**
 N°ORIAS 21 000 063
 orias.fr

15 mars 2021

VOS RÉFÉRENCES

Document à conserver

Votre référence contrat

228155693

Groupe assuré

Les étudiants, doctorants, post-doctorants et professeurs résidant en France, affiliés à la Sécurité sociale et enregistrés dans ALFRED® ; base de données développée par la Fondation Nationale Alfred Kastler service de la CIUP, âgés de moins de 65 ans, à l'exception des étudiants, doctorants, post-doctorants et professeurs bénéficiant d'un visa sanitaire

Régime

Général & Local

Date d'effet au : 01/01/2021

Votre Espace Client

Accéder à vos services en ligne sur l'Espace Client Santé Entreprise sur axasanteentreprises.axa.fr ou depuis entreprise.axa.fr
Demandez l'ouverture de votre espace à l'adresse service.esa@axa.fr



AXA vous répond sur



CONDITIONS PARTICULIÈRES

Votre contrat de Santé



Ce contrat de Santé a été conclu entre :

- **Vous, souscripteur,**

FONDATION NATIONALE ALFRED KASTLER
 23 RUE DU LOESS
 67037 STRASBOURG CEDEX 2

- **Et Nous, assureur,**

AXA France Vie Société Anonyme au capital de 487 725 073,50 € - RCS Nanterre 310 499 959 - AXA France IARD Société Anonyme au capital de 214 799 030 € - RCS Nanterre 722 057 460. 313, Terrasses de l'Arche - 92727 Nanterre Cedex. Entreprises régies par le Code des assurances.

Représenté par votre apporteur ANTHONY CORNEILLE.

Ce document a été établi conformément à votre demande et constituera, une fois signé, votre contrat.

Il est constitué de :

- Vos Conditions générales référencées sous le n° 228155693,
- Vos Conditions particulières, reprenant les caractéristiques et les garanties,
- La Notice d'information à diffuser à vos adhérents.

Il prend effet le **1^{er} janvier 2021**.

La catégorie assurée

Elle est composée des étudiants, doctorants, post-doctorants et professeurs résidant en France, affiliés à la Sécurité sociale et enregistrés dans ALFRED® ; base de données développée par la Fondation Nationale Alfred Kastler service de la CIUP, âgés de moins de 65 ans, à l'exception des étudiants, doctorants, post-doctorants et professeurs bénéficiant d'un visa sanitaire.

1. VOS GARANTIES EN DÉTAIL

Les remboursements présentés viennent en complément de ceux de la Sécurité sociale et de tout autre organisme, dans la limite des frais réels engagés, que ce soit en secteur conventionné ou non. Ces remboursements vous sont proposés dans le cadre d'un contrat non responsable à adhésion facultative pour vous et pour les bénéficiaires que vous avez définis.

Nous remboursons certaines prestations même non prises en charge par la Sécurité sociale. Ces cas particuliers sont spécifiés ci-dessous.

Prestations en complément de la Sécurité sociale

Hospitalisation

Frais de séjour

en hospitalisation médicale dans un établissement conventionné	120 % BR-MR
dans un établissement non conventionné	120 % BR-MR
en hospitalisation chirurgicale dans un établissement conventionné	120 % BR-MR
dans un établissement non conventionné	120 % BR-MR

Honoraires

Consultation d'un médecin adhérent à l'un des DPTAM	120 % BR-MR
Consultation d'un médecin non adhérent à l'un des DPTAM	120 % BR-MR

Chambre particulière (par jour)	1 % PMSS
--	----------

Forfait journalier hospitalier	100 % du forfait
---------------------------------------	------------------

Forfait actes lourds	100 % du forfait
-----------------------------	------------------

Dentaire

Les consultations, soins courants (y compris inlays onlays d'obturation), radiologie et chirurgie	100 % BR-MR
---	-------------

Prothèses fixes et appareils amovibles (y compris appareils transitoires et réparations)

Pris en charge par la Sécurité sociale	100 % BR-MR
Dans la limite par année civile et par bénéficiaire de	200 €

Orthodontie

Prise en charge par la Sécurité sociale	100 % BR-MR
---	-------------

Soins courants

Honoraires médicaux

Consultation d'un médecin généraliste adhérent à l'un des DPTAM	110 % BR-MR
Consultation d'un médecin généraliste non adhérent à l'un des DPTAM	110 % BR-MR
Consultation d'un médecin spécialiste adhérent à l'un des DPTAM	130 % BR-MR
Consultation d'un médecin spécialiste non adhérent à l'un des DPTAM	130 % BR-MR
Visite d'un médecin adhérent à l'un des DPTAM	110 % BR-MR
Visite d'un médecin non adhérent à l'un des DPTAM	110 % BR-MR
Acte technique médical ou chirurgical pratiqué par un médecin adhérent à l'un des DPTAM	110 % BR-MR
Acte technique médical ou chirurgical pratiqué par un médecin non adhérent à l'un des DPTAM	110 % BR-MR
Acte d'imagerie, échographie et doppler pratiqué par un médecin adhérent à l'un des DPTAM	110 % BR-MR
Acte d'imagerie, échographie et doppler pratiqué par un médecin non adhérent à l'un des DPTAM	110 % BR-MR

Analyses et examens de biologie

Pris en charge par la Sécurité sociale	110 % BR-MR
--	-------------

Honoraires paramédicaux

Actes pratiqués par les auxiliaires médicaux : les infirmiers, les masseurs kinésithérapeutes, les orthophonistes, les orthoptistes et les pédicures-podologues	110 % BR-MR
---	-------------

Médicaments

Pris en charge par la Sécurité sociale	100 % BR-MR
--	-------------

Matériel médical

Appareillages, prothèses, produits et prestations, hors prothèses dentaires, auditives et optiques	100 % BR-MR
--	-------------

Aides auditives

Prothèses auditives (par oreille)	100 % BR-MR
Dans la limite d'une prise en charge tous les	4 ans

Autres postes

Frais de transport	100 % BR-MR
--------------------	-------------

Prévention

Vaccins non pris en charge par la Sécurité sociale, prescrits par un médecin dans les conditions prévues par leur autorisation de mise sur le marché	6 % PMSS
Par année civile et par bénéficiaire	

Consultation chez un diététicien prescrite par un médecin, dans la limite d'une prise en charge durant la vie du contrat	25 €
Par enfant de moins de	12 ans

Test de dépistage de l'hépatite B	110 % BR-MR
-----------------------------------	-------------

Détartrage sus et sous gingival effectué en 2 séances maximum	100 % BR-MR
---	-------------

Test de dépistage des virus impliqués dans le cancer du col de l'utérus (Test HPV) non pris en charge par la Sécurité sociale, sur la base de	110 % BR-MR
Dans la limite d'une prise en charge tous les	3 ans

Optique

Verres et Monture	50 €
Dans la limite d'un équipement tous les :	1 an

Autres postes optique

Implants intraoculaires multifocaux posés à l'occasion de l'opération de la cataracte	50 €
---	------

Lentilles de contact correctrices prises en charge ou non par la Sécurité sociale	50 €
Par année civile et par bénéficiaire	

Assistance

Vous bénéficiez des services assistances du pack « Confort » décrites au chapitre correspondant.

Le renouvellement de la prise en charge d'un équipement composé de deux verres et d'une monture ne peut intervenir avant une période d'un an suivant la date de délivrance de l'équipement précédent à l'exception des cas pour lesquels un renouvellement anticipé est prévu dans la liste mentionnée à l'article L.165-1 du code la Sécurité sociale, notamment pour les enfants de moins de 16 ans et en cas d'évolution de la vue.

Comprendre les abréviations de votre tableau de garanties

DPTAM = Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée

PMSS = Plafond Mensuel des cotisations de la Sécurité sociale, fixé par décret chaque année en fonction de l'évolution moyenne des salaires.

BR = Base de Remboursement de la Sécurité sociale.

MR = Montant remboursé par la Sécurité sociale.

BR-MR = Base de remboursement de la Sécurité sociale sous déduction du montant remboursé par la Sécurité sociale

TM = Ticket modérateur = Base de remboursement (BR) moins le montant du remboursement de la Sécurité sociale avant déduction éventuelle de la participation forfaitaire de 1 € et des franchises en pharmacie, transports sanitaires et auxiliaires médicaux.

2.VOTRE COTISATION

Au **1^{er} janvier 2021**, le taux de cotisation mensuel par bénéficiaire est fixé à :

	Régime général	Régime local
Enfant	0,66 %	0,26 %
0-30 ans	0,79 %	0,31 %
31-34 ans	0,92 %	0,38 %
35-44 ans	1,05 %	0,42 %
45-50 ans	1,28 %	0,50 %
51-64 ans	1,62 %	0,61 %

Les cotisations sont exprimées en pourcentage du plafond mensuel de la Sécurité sociale en vigueur au 1^{er} janvier de chaque année d'assurance.

Dans la cotisation sont inclus les impôts, contributions et taxes en vigueur à la date d'effet du contrat.

3.CONCLUSION ET SIGNATURE DE VOTRE CONTRAT

Vous certifiez sur l'honneur que les sommes qui sont ou seront versées au titre de ce contrat n'ont pas une origine délictueuse au sens des Articles 562 et suivants du Code Monétaire et Financier, 324-1 et suivants et 421-1 du Code Pénal relatifs au blanchiment des capitaux.

Vous déclarez être pleinement informé qu'AXA est soumise, en raison de sa qualité d'organisme financier, aux obligations légales issues principalement du Code Monétaire et Financier en matière de lutte contre le blanchiment des capitaux et notamment à une obligation de déclaration auprès du service Tracfin en cas de soupçon.

Fait à, en 2 exemplaires, le

Nous, l'assureur
Directeur Santé Prévoyance
AXA Santé & Collectives
Patricia DELAUX



Vous, le souscripteur
Nom ou tampon du souscripteur et signature

Cette annexe n'est pas un engagement contractuel mais une communication édictée par l'article 5 de la loi n° 2019-733 du 14 juillet 2019 et l'arrêté du 6 mai 2020 qui en précise les modalités d'application.

Informations générales relatives à l'ensemble des contrats d'assurance santé couverts par AXA France Vie

Ratio prestations sur cotisations HT : 78,28 %

Ratio frais de gestion sur cotisation HT : 19,80 %

Le ratio entre le montant des prestations versées pour le remboursement et l'indemnisation des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident et le montant des cotisations ou primes afférentes à ces garanties représente la part des cotisations ou primes collectées, hors taxes, par l'organisme assureur au titre de l'ensemble des garanties couvrant le remboursement ou l'indemnisation des frais précités, qui est utilisée pour le versement des prestations correspondant à ces garanties.

Le ratio entre le montant total des frais de gestion au titre du remboursement et de l'indemnisation des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident et le montant des cotisations ou primes afférentes à ces garanties représente la part des cotisations ou primes collectées, hors taxes, par l'organisme assureur au titre de l'ensemble des garanties couvrant le remboursement ou l'indemnisation des frais précités, qui est utilisée pour le financement des frais de gestion.

Ces frais de gestion recouvrent l'ensemble des sommes engagées pour concevoir les contrats, les commercialiser (dont le réseau commercial, le marketing, les commissions des intermédiaires), les souscrire (dont l'encaissement des cotisations, la gestion des résiliations, le suivi comptable et juridique) et les gérer (dont le remboursement, la gestion du tiers payant, l'information client, l'assistance, les services, les prestations complémentaires), c'est-à-dire accomplir toutes les tâches incombant à l'organisme assureur dans le respect des garanties contractuelles.