



FREGATE AEROSUD
1200 AVENUE MARIE CURIE
07800 LA VOULTE SUR RHONE

LE 19 FEVRIER 2025

VOS RÉFÉRENCES

Votre contrat
Santé
2258967410400

À effet du **01/01/2025**

Catégorie de personnel
ENSEMBLE DU PERSONNEL

IMPORTANT

Document à conserver

Nous vous demandons
D'annexer cette lettre qui a
Valeur d'avenant à votre contrat.
Elle annule et remplace ce que
Vous aviez pu recevoir
précédemment.

RENOUVELLEMENT DE VOS COTISATIONS d'assurance Santé collective



Chère Madame, cher Monsieur,

Vous nous faites confiance pour la couverture des frais de santé de vos salariés et nous vous en remercions.

Nous vous communiquons vos **taux de cotisation 2025** en page suivante. Leur évolution doit permettre de maintenir l'équilibre de votre régime santé dans un contexte d'augmentation des tarifs des professionnels de santé et de hausse des dépenses de santé à la charge des organismes complémentaires.

Vous trouverez ci-joint, un avenant contenant vos nouvelles conditions contractuelles applicables au 1^{er} janvier 2025. Nous vous invitons à en prendre connaissance. Cet avenant **est également à transmettre directement à vos salariés.**

Vous pouvez contacter votre interlocuteur AXA habituel si vous avez besoin de renseignements et d'explications complémentaires.

Recevez, chère Madame, cher Monsieur, nos plus sincères salutations,

Katell Clère
Directrice Santé Prévoyance Collectives



VOS CONDITIONS DE RENOUELEMENT 2025

Vos cotisations en 2025

Catégorie de personnel : **ENSEMBLE DU PERSONNEL**

À compter du 1^{er} janvier 2025, vos cotisations seront fixées à :

Cotisations 2025 (toutes taxes comprises)

PLAFOND SS DE L'EXERCICE D'ASSURANCE

ISOLE	1,21 %
DUO	2,27 %
FAMILLE	3,10 %

Vos cotisations incluent le coût des services mis à disposition, ainsi que tous impôts, contributions et taxes, auxquels votre contrat est soumis.



AVENANT À VOTRE CONTRAT SANTÉ COMPLÉMENTAIRE

Nouvelles conditions applicables au 1^{er} janvier 2025

LE 19 FEVRIER 2025

Les évolutions décrites ci-après sont applicables dans les Conditions générales et la Notice Assuré.

Évolution du contrat « responsable »

Votre contrat bénéficie de conditions fiscales et sociales dites « de faveur » grâce à son caractère responsable. Le cahier des charges du contrat « responsable » pourrait évoluer avec de nouvelles obligations de prise en charge pour nous, assureur, dès le 1^{er} janvier 2025.

Conformément à notre engagement de garantir le caractère responsable de votre contrat, tel que prévu au chapitre « Les dispositions relatives à la garantie frais de santé », ces éventuelles évolutions réglementaires seront prises en compte dans les prochains remboursements dès que les modalités seront connues.

En plus de permettre à l'assuré de bénéficier du tiers-payant au minimum à hauteur des tarifs de responsabilité avec les professionnels de santé qui le pratiquent, le contrat responsable permet également de bénéficier du tiers-payant à hauteur des frais exposés en sus des tarifs de responsabilité dans la limite des prix limites de vente pour les aides auditives, l'optique et le dentaire

Enfin, pour plus de clarté, nous vous précisons que votre contrat responsable ne peut pas prendre en charge la participation forfaitaire applicable aux consultations et à certains examens médicaux, ni les franchises applicables sur les médicaments, les actes paramédicaux et les frais de transport.

Limitation territoriale pour les soins non remboursés par la Sécurité sociale

Afin de lutter contre les abus, la fraude et les pratiques non qualifiées, nous modifions notre prise en charge des soins non remboursés par la Sécurité sociale : ceux-ci doivent désormais être effectués sur le territoire français, à savoir la France métropolitaine et les départements et régions d'outre-mer. Cependant, afin de ne pas pénaliser les assurés qui seraient contraints d'effectuer ces soins en dehors des régions précitées, nous les prenons en charge s'ils répondent à l'une des conditions suivantes :

- avoir été effectués par un assuré ayant le statut de travailleur frontalier, ou par l'un de ses bénéficiaires, s'il est domicilié en dehors du territoire français et si ces soins ont été effectués sur son pays de résidence principale ;
- intervenir dans le cadre de soins inopinés (hospitaliers ou ambulatoires), par exemple lors d'une consultation ou d'une hospitalisation en urgence faite à l'étranger ;
- intervenir dans le cadre de soins programmés avec notre accord préalablement obtenu : nous entendons par là certains actes médicaux ou traitements qui ne sont pas disponibles sur le territoire français et qui sont réalisés avec l'accord de la Sécurité sociale ou notre accord en vue de s'assurer que leur prise en charge financière est bien établie.

Ces 3 cas particuliers ne sont pas applicables à la garantie « Médecines non conventionnelles » de ce contrat.

Les conditions de maintien des garanties en cas de détachement ou d'expatriation avec affiliation à la Caisse des Français de l'Étranger (CFE) restent inchangées.



L'article « Les dispositions relatives à la garantie frais de santé » devient :

Lorsqu'un bénéficiaire engage des dépenses de santé pour cause de maladie, de maternité ou d'accident, la garantie prévoit le versement de prestations définies dans votre Notice qui s'ajoutent aux remboursements de la Sécurité sociale et de tout autre organisme, dans la limite des frais réels engagés.

Nous ne prenons pas en charge les actes non remboursés par la Sécurité sociale lorsqu'ils sont effectués en dehors du territoire français, à l'exception de ceux :

- effectués par un assuré, ayant le statut de travailleur frontalier, ou de ses bénéficiaires, s'ils sont domiciliés en dehors du territoire français, et si ces soins sont effectués sur leur pays de résidence principale ;
- intervenant dans le cadre de soins inopinés (hospitalier ou ambulatoire) ou de soins programmés avec entente préalable de l'assureur.

Ces exceptions ne s'appliquent pas à la garantie « Médecines non conventionnelles ».

Les prestations de remboursement des frais de santé ont un caractère indemnitaire. Nous pouvons donc exercer toute action contre les tiers responsables de la situation du bénéficiaire, pour recouvrer les sommes que nous avons engagées (article L. 131-2 du Code des assurances).

Lutte contre les praticiens non qualifiés et contre la fraude

Afin de nous assurer que les bénéficiaires de ce contrat soient orientés vers des praticiens reconnus, nous ne prenons en charge que les factures de médecines non conventionnelles, détaillées et acquittées, précisant soit un numéro du répertoire national ADELI, soit un numéro du Répertoire Partagé des Professionnels de Santé (RPPS). Nous modifions donc en ce sens l'information suivante :

Médecine non conventionnelle

Nous prenons en charge les actes prévus au contrat sous réserve que le praticien soit un professionnel de santé inscrit à l'un des répertoires suivants : ADELI ou RPPS.

Ce professionnel doit donc être un médecin, un ostéopathe ou un auxiliaire médical au sens du Livre III de la 4e partie du Code de la santé publique (infirmier, masseur-kinésithérapeute, orthophoniste, orthoptiste, pédicure-podologue, etc.).

Nous complétons l'article « Les documents nécessaires au remboursement » avec la précision suivante :

En cas de fraude

Dans l'hypothèse où l'assureur démontrerait une fraude commise par l'assuré ou les bénéficiaires couverts par ce contrat, l'assureur se réserve le droit de demander le remboursement des sommes trop payées au titre des prestations de santé, dans le respect des procédures réglementaires. La fraude inclut la manipulation délibérée des données médicales ou des documents médicaux (y compris factures, notes d'honoraires).

Définitions

Nous remplaçons toutes les références à la Couverture Maladie Universelle Complémentaire (CMU-C) par la Complémentaire Santé Solidaire (C2S). De plus, nous mettons à jour les définitions suivantes pour tenir compte des évolutions réglementaires :

Franchise médicale

C'est la somme déduite des remboursements effectués par l'assurance maladie obligatoire sur les médicaments, les actes paramédicaux et les transports sanitaires.

Son montant, au 31 mars 2024, est de :

- 1 € par boîte de médicaments,
- 1 € par acte paramédical,
- 4 € par transport sanitaire.

La franchise est plafonnée à 50 € par an pour l'ensemble des actes et/ou prestations concernés. Un plafond journalier a également été mis en place pour les actes paramédicaux et les transports sanitaires : pas plus de 4 € par jour sur les actes paramédicaux et pas plus de 8 € par jour pour les transports sanitaires.

Certaines personnes en sont exonérées : jeunes de moins de 18 ans, bénéficiaires de la C2S et de l'Aide Médicale de l'État, femmes enceintes (du 1er jour du 6ème mois de grossesse et jusqu'au 12ème jour après l'accouchement), les jeunes filles mineures âgées d'au moins 15 ans pour la contraception et la contraception d'urgence, les victimes d'un acte de terrorisme pour les frais de santé en rapport avec cet événement.

Les franchises ne sont pas remboursées par les contrats de complémentaire santé « responsables », sinon le contrat est requalifié en « non responsable ».

Participation forfaitaire

Participation forfaitaire de 2 €, au 15 mai 2024, laissée à la charge du patient pour tous les actes et consultations réalisés par un médecin, ainsi que pour tous les actes de biologie et de radiologie. Cette participation est due par tous les assurés à l'exception :

- des enfants de moins de 18 ans ;
- des femmes enceintes à partir du 6^e mois de grossesse ;
- et des bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire (C2S) ou de l'Aide médicale de l'État (AME) ;

Le nombre de participations forfaitaires est plafonné à 4 par jour pour le même professionnel de santé et le même bénéficiaire, et à un montant de 50 € par année civile et par personne.

La participation forfaitaire de 2 € n'est pas remboursée par les complémentaires santé « responsables ».

Territoire français

Il s'agit du territoire composé de la France métropolitaine et des départements et régions d'outre-mer (DROM).

DROM

Départements et régions d'outre-mer, constitués de la Guadeloupe, la Guyane, la Martinique, Mayotte et La Réunion.

Entente préalable

Accord entre un assuré et la Sécurité sociale ou l'assureur santé, qui doit être obtenu avant la réalisation de certains actes médicaux ou avant l'obtention de certains traitements. Cela permet de s'assurer que les soins ou traitements en question sont nécessaires et adéquats, et que leur prise en charge financière est bien établie.

Travailleur frontalier

Personne résidant dans un pays et travaillant dans un pays voisin, traversant régulièrement la frontière entre les deux pays pour se rendre sur son lieu de travail.

INFORMATION : CONDITIONS DE RÉSILIATION APPLICABLES DEPUIS LE 1^{ER} DÉCEMBRE 2020

Nous vous rappelons que, selon les dispositions de votre contrat, vous pouvez résilier votre contrat à tout moment sans frais ni pénalités, à l'expiration d'un délai d'un an à compter de la première souscription. Dans ce cas, la résiliation prend effet un mois après la réception de votre notification de résiliation.

La demande de résiliation doit nous être notifiée (conformément à l'article L.113-14 du Code des assurances) :

- par lettre simple ou recommandée envoyée à l'adresse postale dédiée mise à votre disposition sur notre site internet axa.fr ;
- par voie électronique selon les modalités précisées sur notre site internet axa.fr.

À réception de votre notification, une confirmation écrite vous sera adressée précisant la date de prise d'effet de la résiliation.