AG2R LA MONDIALE
SANTÉ

Résumé de garanties

Bureaux d'études techniques, cabinets d'ingénieurs-conseils et des sociétés de conseils (Brochure 3018 - IDCC 1486)

Les prestations s'entendent **y compris** la part Sécurité sociale.

Les prestations exprimées sous forme de forfait ou de crédit s'entendent par bénéficiaire.

Sauf mention expresse, les prestations s'entendent pour le secteur conventionné comme pour le secteur non conventionné. Les niveaux d'indemnisation se font dans la limite des frais réellement engagés par les bénéficiaires.

Abréviations :
BR = base de remboursement retenue par l'assurance maladie obligatoire pour déterminer le montant de remboursement.
CCAM = classification commune des actes médicaux.
D.P.T.M. = dispositif de pratique tarifaire maîtrisée, à savoir : OPTAM = Option pratique tarifaire maîtrisée. OPTAM CO = Option pratique tarifaire maîtrisée pour les chirurgiens et les obstétriciens.
FR = frais réels engagés par le bénéficiaire.
HLF = honoraires limites de facturation, fixés selon la réglementation en vigueur à la date des soins.
PLV = prix limites de vente fixés selon la réglementation en vigueur à la date des soins.
PMSS = plafond mensuel de la Sécurité sociale (vous pouvez retrouver la valeur du PMSS à l'adresse internet : https://www.ameli.fr/entreprise/demarches/montants-reference/plafond-securite-sociale).
RPPS : Répertoire Partagé des Professionnels de Santé
RSS = remboursement Sécurité sociale = Montant remboursé par l'assurance maladie obligatoire et calculé par application du taux de remboursement légal en vigueur à la base de remboursement.
TM = ticket modérateur, partie de la base de remboursement non prise en charge par l'assurance maladie obligatoire (TM = BR - RSS)
€ = Euro.

Hospitalisation

Postes		Niveaux d'indemnisation		
		Régime SOCLE	Régime MEDIUM	Régime FIRST
Hospitalisation médicale, chirurgicale et maternité				
Frais de séjour		175 % BR	200 % BR	400 % BR
Forfait Patient Urgences (FPU)		100 % des FR limité au forfait réglementaire en vigueur	100 % des FR limité au forfait réglementaire en vigueur	100 % des FR limité au forfait réglementaire en vigueur
Forfait hospitalier		100 % des FR limité au forfait réglementaire en vigueur	100 % des FR limité au forfait réglementaire en vigueur	100 % des FR limité au forfait réglementaire en vigueur
Forfait actes dits « lourds »		100 % des FR limité au forfait réglementaire en vigueur	100 % des FR limité au forfait réglementaire en vigueur	100 % des FR limité au forfait réglementaire en vigueur
Honoraires				
Actes de chirurgie (ADC), actes d'anesthésie (ADA), actes techniques médicaux (ATM), autres honoraires	Pour les médecins adhérents à un D.P.T.M.	195 % BR	220 % BR	400 % BR
	Pour les médecins non adhérents à un D.P.T.M.	175 % BR	200 % BR	200 % BR
Chambre particulière		45 € par jour	70 € par jour	100 € par jour
- Pour le secteur non conventionné		Néant	Néant	Néant
Frais d'accompagnement (pour personne accompagnante d'un bénéficiaire du contrat) (sur présentation d'un justificatif)		45 € par jour	70 € par jour	100 € par jour
- Pour le secteur non conventionné		Néant	Néant	Néant

Transport

Postes	Niveaux d'indemnisation		
	Régime SOCLE	Régime MEDIUM	Régime FIRST
Transport remboursé par la Sécurité sociale	100 % BR	100 % BR	100 % BR

Soins courants

Postes		Niveaux d'indemnisation		
		Régime SOCLE	Régime MEDIUM	Régime FIRST
Honoraires médicaux				
Remboursés par la Sécurité sociale				
Généralistes (consultations, visites)	Pour les médecins adhérents à un D.P.T.M.	100 % BR	150 % BR	250 % BR
	Pour les médecins non adhérents à un D.P.T.M.	100 % BR	130 % BR	200 % BR
Spécialistes (consultations, visites)	Pour les médecins adhérents à un D.P.T.M.	195 % BR	220 % BR	350 % BR
	Pour les médecins non adhérents à un D.P.T.M.	175 % BR	200 % BR	200 % BR
Actes de chirurgie (ADC), actes techniques médicaux (ATM)	Pour les médecins adhérents à un D.P.T.M.	150 % BR	170 % BR	200 % BR
	Pour les médecins non adhérents à un D.P.T.M.	130 % BR	150 % BR	180 % BR
Actes d'imagerie médicale (ADI), actes d'échographie (ADE)	Pour les médecins adhérents à un D.P.T.M.	100 % BR	145 % BR	200 % BR
	Pour les médecins non adhérents à un D.P.T.M.	100 % BR	125 % BR	180 % BR
Non remboursés par la Sécurité sociale				
Densitométrie osseuse		–	Crédit de 50 € par année civile	Crédit de 75 € par année civile
Acupuncture, chiropractie, diététique, ostéopathie, pédicurie, podologie, psychologie, psychomotricité, tabacologie [1]		Crédit de 30 € par acte limité à 2 actes par année civile	Crédit de 40 € par acte limité à 3 actes par année civile	Crédit de 50 € par acte limité à 4 actes par année civile
Honoraires paramédicaux				
Auxiliaires médicaux (actes remboursés par la Sécurité sociale)		100 % BR	100 % BR	100 % BR
Psychologues (actes remboursés par la Sécurité sociale)		100 % BR	100 % BR	100 % BR
Analyses et examens de laboratoire				
Analyses et examens de biologie médicale, remboursés par la Sécurité sociale		100 % BR	100 % BR	100 % BR
Forfait actes dits « lourds »		100 % des FR limité au forfait réglementaire en vigueur	100 % des FR limité au forfait réglementaire en vigueur	100 % des FR limité au forfait réglementaire en vigueur

Postes	Niveaux d'indemnisation		
	Régime SOCLE	Régime MEDIUM	Régime FIRST
Médicaments			
Remboursés par la Sécurité sociale	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Non remboursés par la Sécurité sociale			
Contraception prescrite (2)	–	Crédit de 50 € par année civile	Crédit de 75 € par année civile
Pharmacie (hors médicaments)			
Remboursée par la Sécurité sociale	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Non remboursée par la Sécurité sociale			
Vaccins contre la grippe (3)	–	100 % des frais réels dans la limite de 15 €	100 % des frais réels dans la limite de 30 € par année civile
Autres vaccins prescrits (3)	–	Crédit de 50 € par année civile	Crédit de 75 € par année civile
Sevrage tabagique	–	Crédit de 50 € par année civile	Crédit de 75 € par année civile
Matériel médical 100 % Santé (*)			
Prothèses capillaires de Classe II (**) RSS + 100 % des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de la Sécurité sociale, dans la limite des PLV	Véhicules pour personnes en situation de handicap (VPH) en Location de Courte Durée (LCD) (***) RSS + 100 % des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de la Sécurité sociale , dans la limite des PLV	Véhicules pour personnes en situation de handicap (VPH) en Location de Courte Durée (LCD) (***) RSS + 100 % des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de la Sécurité sociale , dans la limite des PLV	Véhicules pour personnes en situation de handicap (VPH) en Location de Courte Durée (LCD) (***) RSS + 100 % des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de la Sécurité sociale , dans la limite des PLV
Matériel médical hors 100 % Santé			
Orthopédie, autres prothèses et appareillages remboursés par la Sécurité sociale (hors auditives, dentaires et d'optique)	175 % BR (dans la limite des PLV si prévus par la réglementation)	200 % BR (dans la limite des PLV si prévus par la réglementation)	250 % BR (dans la limite des PLV si prévus par la réglementation)
Actes de prévention remboursés par la Sécurité sociale			
Actes de prévention définis par la réglementation	100 % BR	100 % BR	100 % BR

(1) Si consultations pratiquées par un professionnel de santé recensé au répertoire ADELI ou RPPS ou exerçants dans un établissement recensé au répertoire FINESS.
(2) Pilule et implant ; contraception d'urgence avec facture et sans prescription : pilule du lendemain.
(3) Antiamarile (fièvre jaune) / encéphalite à tiques / encéphalite japonaise / hépatite a / méningite à méningocoques (cérébrospinale) / rage / typhoïde / médicaments de lutte contre le paludisme.
(*) Tel que défini réglementairement.
(**) Dispositifs définis par la réglementation comprenant la prise en charge indissociable d'un accessoire textile permettant de recouvrir la tête nue.
(***) La Location de Courte Durée (LCD) d'un VPH est limitée à trois mois, renouvelable une fois (ou selon les modalités prévues par la réglementation).

Aides auditives

Postes	Niveaux d'indemnisation		
	Régime SOCLE	Régime MEDIUM	Régime FIRST
Équipements 100 % Santé (2)			
Aides auditives pour les personnes au-delà de leur 20e anniversaire et pour les personnes jusqu'au 20e anniversaire ou les personnes atteintes de cécité (entendue comme une acuité visuelle inférieure à 1/20e après correction) (3)	RSS + 100 % des frais restant à charge après intervention de la Sécurité sociale dans la limite des PLV	RSS + 100 % des frais restant à charge après intervention de la Sécurité sociale dans la limite des PLV	RSS + 100 % des frais restant à charge après intervention de la Sécurité sociale dans la limite des PLV
Équipements libres (4)			
Aides auditives pour les personnes au-delà de leur 20e anniversaire (3)	450 €	600 €	1 000 €
Aides auditives pour les personnes jusqu'au 20e anniversaire ou les personnes atteintes de cécité (entendue comme une acuité visuelle inférieure à 1/20e après correction) (3)	1 400 €	1 400 €	1 400 €
Piles et autres accessoires et consommables remboursés par la Sécurité sociale (1)	100 % BR	100 % BR	100 % BR

(1) Pour les piles, la garantie s'applique dans la limite du nombre annuel de paquets, fixé par l'arrêté du 14/11/2018.
(2) Équipements de Classe I, tels que définis réglementairement.
(3) La garantie s'applique aux frais exposés pour l'acquisition d'une aide auditive par oreille, par période de 4 ans suivant la date de délivrance de l'aide auditive précédente (ce délai s'entendant pour chaque oreille indépendamment).
(4) Équipements de Classe II, tels que définis réglementairement. S'agissant des aides auditives comprises dans l'équipement libre (classe II), la garantie couvre dans tous les cas, le montant minimal de prise en charge fixe par la réglementation en vigueur, relative au « contrat responsable ». La prise en charge dans le cadre du présent régime s'effectue par ailleurs dans la limite du plafond de remboursement prévu par cette même réglementation (1700 € RSS inclus au 01/01/2021).

Dentaire

Postes	Niveaux d'indemnisation		
	Régime SOCLE	Régime MEDIUM	Régime FIRST
Soins et prothèses 100 % Santé (1)			
Inlay core et autres appareillages prothétiques dentaires	RSS + 100 % des frais restant à charge après intervention de la Sécurité sociale dans la limite des HLF	RSS + 100 % des frais restant à charge après intervention de la Sécurité sociale dans la limite des HLF	RSS + 100 % des frais restant à charge après intervention de la Sécurité sociale dans la limite des HLF
Prothèses			
Panier maîtrisé (2)			
Inlay, onlay	150 % de la BR dans la limite des HLF	200 % de la BR dans la limite des HLF	300 % de la BR dans la limite des HLF
Inlay core	150 % de la BR dans la limite des HLF	200 % de la BR dans la limite des HLF	250 % de la BR dans la limite des HLF
Autres soins prothétiques et prothèses dentaires	3 prothèses par année civile (4)		
- Incisives, canines, prémolaires	250 % BR dans la limite des HLF	350 % BR dans la limite des HLF	500 % BR dans la limite des HLF
- Molaires	175 % BR dans la limite des HLF	300 % BR dans la limite des HLF	400 % BR dans la limite des HLF
Panier libre (3)			
Inlay, onlay	150 % de la BR	200 % de la BR	300 % de la BR
Inlay core	150 % de la BR	200 % de la BR	250 % de la BR

Postes	Niveaux d'indemnisation		
	Régime SOCLE	Régime MEDIUM	Régime FIRST
Autres soins prothétiques et prothèses dentaires	3 prothèses par année civile (4)		
Incisives, canines, prémolaires	250 % BR dans la limite des HLF	350 % BR dans la limite des HLF	500 % BR dans la limite des HLF
Molaires	175 % BR dans la limite des HLF	300 % BR dans la limite des HLF	400 % BR dans la limite des HLF
Soins			
Soins dentaires conservateurs, chirurgicaux ou de prévention	150 % de la BR	150 % de la BR	150 % de la BR
Autres actes dentaires remboursés par la Sécurité sociale			
Orthodontie	250 % de la BR	300 % de la BR	400 % de la BR
Actes dentaires non remboursés par la Sécurité sociale			
Implants et piliers dentaires	Crédit de 500 € par année civile	Crédit de 500 € par année civile	Crédit de 600 € par année civile
Parodontologie	–	Crédit de 250 € par année civile	Crédit de 350 € par année civile
Orthodontie	–	250 % de la BR (5)	300 % de la BR (5)
Soins prothétiques et prothèses dentaires pour les actes codés dans la CCAM et ayant une base de remboursement	Crédit de 150 € par année civile	Crédit de 250 € par année civile	Crédit de 350 € par année civile

(1) Soins prothétiques et prothèses relevant du panier 100 % Santé, tels que définis réglementairement.
(2) Soins prothétiques et prothèses relevant du panier maîtrisé, tels que définis réglementairement.
(3) Soins prothétiques et prothèses relevant du panier libre, tels que définis réglementairement.
(4) Au-delà de la limite de 3 prothèses dentaires par année civile remboursées par la Sécurité sociale, la garantie appliquée est celle du décret n° 2014-1025 du 08/09/2014 (soit 125 % de la BR). La limite à 3 prothèses dentaires par année civile ne s'applique pas pour la couronne sur implant.
(5) Dans ce cas, le remboursement opéré par l'organisme de complémentaire santé est réalisé par référence à la Base de remboursement reconstitué de la côte « T090 ».

Optique

Postes	Niveaux d'indemnisation		
	Régime SOCLE	Régime MEDIUM	Régime FIRST
Équipements 100 % Santé (1)			
Monture de Classe A : Adulte et enfant de 16 ans et + (2)	RSS + 100 % des frais restant à charge après intervention de la Sécurité sociale dans la limite des PLV	RSS + 100 % des frais restant à charge après intervention de la Sécurité sociale dans la limite des PLV	RSS + 100 % des frais restant à charge après intervention de la Sécurité sociale dans la limite des PLV
Verres de Classe A : Adulte et enfant de 16 ans et + (2)	RSS + 100 % des frais restant à charge après intervention de la Sécurité sociale dans la limite des PLV	RSS + 100 % des frais restant à charge après intervention de la Sécurité sociale dans la limite des PLV	RSS + 100 % des frais restant à charge après intervention de la Sécurité sociale dans la limite des PLV
Monture de Classe A : Enfant de −16 ans (2)	RSS + 100 % des frais restant à charge après intervention de la Sécurité sociale dans la limite des PLV	RSS + 100 % des frais restant à charge après intervention de la Sécurité sociale dans la limite des PLV	RSS + 100 % des frais restant à charge après intervention de la Sécurité sociale dans la limite des PLV
Verres de Classe A : Enfant de −16 ans (2)	RSS + 100 % des frais restant à charge après intervention de la Sécurité sociale dans la limite des PLV	RSS + 100 % des frais restant à charge après intervention de la Sécurité sociale dans la limite des PLV	RSS + 100 % des frais restant à charge après intervention de la Sécurité sociale dans la limite des PLV

Postes	Niveaux d'indemnisation		
	Régime SOCLE	Régime MEDIUM	Régime FIRST
Prestations d'appairage pour des verres de Classe A d'indices de réfraction différents (tous niveaux)	RSS + 100 % des frais restant à charge après intervention de la Sécurité sociale dans la limite des PLV	RSS + 100 % des frais restant à charge après intervention de la Sécurité sociale dans la limite des PLV	RSS + 100 % des frais restant à charge après intervention de la Sécurité sociale dans la limite des PLV
Supplément pour verres avec filtres (de Classe A)	RSS + 100 % des frais restant à charge après intervention de la Sécurité sociale dans la limite des PLV	RSS + 100 % des frais restant à charge après intervention de la Sécurité sociale dans la limite des PLV	RSS + 100 % des frais restant à charge après intervention de la Sécurité sociale dans la limite des PLV
Équipements libres (3)			
Monture de Classe B : Adulte et enfant de 16 ans et + (2)	80 € (RSS inclus)	100 € (RSS inclus)	100 € (RSS inclus)
Verres de Classe B : Adulte et enfant de 16 ans et + (2)	Montants indiqués dans la GRILLE OPTIQUE ci-après en fonction des types de verres	Montants indiqués dans la GRILLE OPTIQUE ci-après en fonction des types de verres	Montants indiqués dans la GRILLE OPTIQUE ci-après en fonction des types de verres
Monture de Classe B : Enfant de −16 ans (2)	60 € (RSS inclus)	75 € (RSS inclus)	100 € (RSS inclus)
Verres de Classe B : Enfant de −16 ans (2)	Montants indiqués dans la grille optique ci-après en fonction des types de verres	Montants indiqués dans la grille optique ci-après en fonction des types de verres	Montants indiqués dans la grille optique ci-après en fonction des types de verres
Prestations supplémentaires portant sur un équipement d'optique de Classe A ou B			
Prestation d'adaptation de la prescription médicale de verres correcteurs après réalisation d'un examen de la réfraction, en cas de renouvellement par l'opticien-lunetier d'une ordonnance pour des verres de Classe A ou B	100 % BR dans la limite des PLV	100 % BR dans la limite des PLV	100 % BR dans la limite des PLV
Supplément pour verres avec filtres de Classe B	100 % BR dans la limite des PLV	100 % BR dans la limite des PLV	100 % BR dans la limite des PLV
Autres suppléments pour verres de Classe A ou B (prisme / système antiptosis / verres iséiconiques)	100 % BR	100 % BR dans la limite des PLV	100 % BR
Autres dispositifs médicaux d'optique			
Lentilles acceptées par la Sécurité sociale	Crédit de 85 € par année civile (au minimum 100 % BR)	Crédit de 150 € par année civile (au minimum 100 % BR)	Crédit de 250 € par année civile (au minimum 100 % BR)
Lentilles refusées par la Sécurité sociale (y compris jetables)	Crédit de 85 € par année civile	Crédit de 150 € par année civile	Crédit de 250 € par année civile
Chirurgie réfractive (Myopie, hypermétropie, astigmatisme, presbytie)	Crédit de 700 € par œil et par année civile	Crédit de 800 € par œil et par année civile	Crédit de 900 € par œil et par année civile

(1) Équipements de Classe A et prestations supplémentaires portant sur l'équipement de Classe A, pris en charge dans le cadre du 100 % Santé, tels que définis réglementairement.
Panachage des verres et monture : un équipement peut être composé de deux verres d'une part, et d'une monture d'autre part, appartenant à des classes (A ou B) différentes.

(2) Conditions de renouvellement
La garantie s'applique aux frais exposés pour l'acquisition d'un équipement optique (composé de deux verres et d'une monture) dans les conditions de renouvellement fixées par l'arrêté du 03/12/2018 modifiant la prise en charge d'optique médicale de la Liste des Produits et Prestations (LPP) prévue à l'article L.165-1 du Code de la Sécurité sociale, et rappelées ci-après.
- Pour les adultes et pour les enfants de 16 ans et plus, le renouvellement de la prise en charge d'un équipement est possible au terme d'une période minimale de deux ans après la dernière prise en charge d'un équipement.
- Pour les enfants de plus de 6 ans et de −de 16 ans, le renouvellement de la prise en charge d'un équipement est possible au terme d'une période minimale d'un an après le dernier remboursement d'un équipement.
- Pour les enfants jusqu'à 6 ans, le renouvellement de la prise en charge d'un équipement est possible au terme d'une période minimale de 6 mois après le dernier remboursement d'un équipement uniquement en cas de mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage de l'enfant entraînant une perte d'efficacité du verre correcteur.
Dans les autres cas, le délai d'un an mentionné à l'alinéa précédent s'applique. Les différents délais s'entendent par rapport à la date de délivrance du dernier dispositif concerné pour l'application du délai.

Les différents délais sont également applicables pour le renouvellement séparé des éléments de l'équipement, et dans ce cas, le délai de renouvellement s'apprécie distinctement pour chaque élément.
Par dérogation aux dispositions ci-dessus, le renouvellement anticipé de la prise en charge pour raison médicale d'un équipement pour les adultes et enfants d'au moins 16 ans est permis au terme d'une période minimale d'un an lorsqu'intervient une dégradation des performances oculaires dans l'une des situations limitativement prévues par la LPP, et pour laquelle la justification d'une évolution de la vue est effectuée soit

au travers d'une nouvelle prescription médicale, qui est comparée à la prescription médicale précédente, soit lorsque l'opticien-lunetier adapte la prescription médicale lors d'un renouvellement de délivrance. Par dérogation également, pour les enfants de moins de 16 ans, aucun délai minimal de renouvellement des verres n'est applicable lorsqu'intervient une dégradation des performances oculaires objectivée par un ophtalmologiste sur une prescription médicale. Par dérogation enfin, aucun délai minimal de renouvellement des verres n'est applicable en cas d'évolution de la réfraction liée à des situations médicales particulières (troubles de réfraction associés à une pathologie ophtalmologique, à une pathologie générale ou à la prise de médicaments au long cours), définies par la LPP, sous réserve d'une nouvelle prescription médicale ophtalmologique.

La prise en charge de deux équipements est autorisée uniquement pour les patients ayant :
- une intolérance ou une contre-indication aux verres progressifs ou multifocaux, et présentant un déficit de vision de près et un déficit de vision de loin. La prise en charge peut couvrir deux équipements corrigeant chacun un des deux déficits mentionnés.
- une amblyopie et / ou un strabisme nécessitant une pénalisation optique. Pour ces patients, la prise en charge peut couvrir deux équipements de corrections différentes à porter en alternance.

(3) Équipements de Classe B, tels que définis réglementairement. Panachage des verres et monture : un équipement peut être composé de deux verres d'une part, et d'une monture d'autre part, appartenant à des classes (A ou B) différentes.

Grille Optique

Les montants indiqués dans la grille optique s'entendent **y compris** la part Sécurité sociale.

Verres unifocaux / multifocaux / progressifs	Avec / Sans Cylindre	SPH = sphère CYL = cylindre (+) S = SPH + CYL	Remboursement par verre					
			Régime SOCLE		Régime MEDIUM		Régime FIRST	
			Adulte et Enfant de 16 ans et +	Enfant de - 16 ans	Adulte et Enfant de 16 ans et +	Enfant de - 16 ans	Adulte et Enfant de 16 ans et +	Enfant de - 16 ans
Unifocaux	Sphériques	SPH de −6 à +6 (1)	75 €	45 €	85 €	50 €	140 €	75 €
		SPH < à −6 ou > à +6	85 €	80 €	105 €	90 €	250 €	115 €
	Sphéro cylindriques	SPH de −6 à 0 et CYL ≤ +4	85 €	55 €	95 €	60 €	140 €	85 €
		SPH > 0 et S ≤ +6	85 €	55 €	95 €	60 €	140 €	85 €
		SPH > 0 et S > +6	85 €	75 €	105 €	90 €	150 €	115 €
		SPH < -6 et CYL ≥ + 0,25	95 €	85 €	105 €	90 €	150 €	115 €
		SPH de −6 à 0 et CYL > +4	115 €	105 €	125 €	110 €	240 €	135 €
Multifocaux et progressifs	Sphériques	SPH de −4 à +4	135 €	110 €	150 €	115 €	250 €	140 €
		SPH < à −4 ou > à +4	145 €	120 €	160 €	125 €	300 €	150 €
	Sphéro cylindriques	SPH de −8 à 0 et CYL ≤ +4	155 €	130 €	160 €	135 €	280 €	160 €
		SPH > 0 et S ≤ +8	155 €	130 €	160 €	135 €	280 €	160 €
		SPH de −8 à 0 et CYL > +4	155 €	130 €	180 €	145 €	300 €	170 €
		SPH > 0 et S > +8	155 €	130 €	180 €	145 €	300 €	170 €
		SPH < -8 et CYL ≥ +0,25	155 €	130 €	180 €	145 €	300 €	170 €

(1) Le verre neutre est compris dans cette classe.

Autres frais

Postes	Niveaux d'indemnisation		
	Régime SOCLE	Régime MEDIUM	Régime FIRST
Forfait maternité			
Naissance ou adoption d'un enfant déclaré	_	200 €	350 €
Télésurveillance médicale remboursée SS (dispositif prévu aux articles L162-48 et suivants du code de la Sécurité sociale)	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Garantie d'assistance et Téléconsultation médicale (1)	Protocole 921805 Oui	Protocole 921805 Oui	Protocole 921805 Oui

(1) La Téléconsultation médicale est conforme au décret n° 2010-1229 du 19 octobre 2010 relatif à la télémédecine. Elle est réalisée sur la base d'un contrat conclu entre l'Agence Régionale de Santé d'Île-de-France (ARS) et AXA Assurance. Autorisation de la CNIL - délibération n° 2015-134 du 23 avril 2015. AXA ASSISTANCE France - Société anonyme - Siège social : 6, rue André Gide - 92320 Châtillon - RCS Nanterre n° 311 338 339.