

MES BIENS

MA FAMILLE

MON ARGENT

**MON ACTIVITÉ
PROFESSIONNELLE**



SANTÉ COLLECTIVE

SANTÉ PROFIL SALARIÉS

CONDITIONS GÉNÉRALES



Assurance SANTÉ PROFIL SALARIÉS

Conditions Générales

réf. 11015 - 10.2023
(dispositions en vigueur au 01.01.2024)

OBJET DE L'ASSURANCE	p. 4
QUI PEUT ADHÉRER ET ÊTRE ASSURÉ ?	p. 4
DISPENSES D'ADHÉSION	p. 4
LES CONDITIONS D'ADMISSION	p. 4
LES GARANTIES : DÉFINITIONS ET ÉTENDUE	p. 4
■ Étendue des Garanties	p. 4
TABLEAU DES FORMULES DE GARANTIES	p. 5
■ Précisions sur les Garanties	p. 7
ASSISTANCE SANTÉ À DOMICILE	p. 10
■ Détails des Prestations	p. 12
LES SERVICES	p. 16
ÉTENDUE TERRITORIALE	p. 17
L'ENTRÉE EN VIGUEUR DU CONTRAT ET DES GARANTIES	p. 17
DURÉE DU CONTRAT	p. 17
LE RÈGLEMENT DES PRESTATIONS	p. 17
LES LIMITES DES REMBOURSEMENTS	p. 18
LES OBLIGATIONS DE L'ENTREPRISE	p. 18
■ Les obligations de l'entreprise, souscriptrice, à l'égard de l'Assureur	p. 18
■ Les obligations de l'entreprise, souscriptrice, à l'égard des Assurés	p. 18
LES COTISATIONS	p. 19
■ Calcul de la cotisation	p. 19
■ Conditions de règlement de la cotisation	p. 19
■ Non paiement des cotisations	p. 19
LA SUBROGATION	p. 19
LA PRESCRIPTION	p. 19
LA CESSATION DES GARANTIES	p. 20
LE MAINTIEN DES GARANTIES	p. 20
LES DISPOSITIONS GÉNÉRALES	p. 22
■ Le droit applicable	p. 22
■ Litiges	p. 22
■ Protection des données personnelles	p. 23
LEXIQUE	p. 24

➔ CE QUE VOUS DEVEZ SAVOIR

L'OBJET DE L'ASSURANCE

Les Garanties du présent Contrat sont assurées par MAAF Santé et sont régies par le Code de la Mutualité.

Le Contrat a pour objet de garantir le remboursement des frais médicaux et chirurgicaux engagés par les Bénéficiaires du Contrat en complément des prestations en nature servies par un Régime Obligatoire maladie français, dans la limite des Garanties et du niveau choisis par le Souscripteur. Le remboursement des dépenses a un caractère indemnitaire et ne peut être supérieur au montant des frais restant à charge.

Le Contrat est composé des Conditions Générales et des Conditions Particulières. Ces dernières précisent la nature et le niveau des Garanties souscrites et décrivent les personnes assurées.

Ce Contrat satisfait aux conditions exigées par la législation et la réglementation en vigueur pour répondre à la définition du Contrat solidaire et responsable.

- âgés de moins de 26 ans, bénéficiant de prestations du fait de leur affiliation à un Régime Obligatoire français et titulaire d'un contrat initiative emploi, emploi de solidarité, d'adaptation, d'orientation, de qualification ou d'un contrat de même type,

- les ascendants à charge, bénéficiant du Régime Obligatoire, du fait de l'affiliation de l'Assuré, de celle du conjoint, ou d'une affiliation personnelle à un Régime Obligatoire français et vivant sous le même toit.

Remarques

- La notion "à charge" mentionnée ci-avant s'entend au sens fiscal tel que défini par le Code Général des Impôts.
- La situation de concubinage notoire et permanente ou de Pacs, avec attestation du même domicile que l'Assuré, est assimilée à la qualité de conjoint.
- Le calcul de l'âge est effectué par différence de millésime entre celui de l'exercice d'assurance considéré et celui de l'année de naissance du Bénéficiaire.

QUI PEUT ADHÉRER ET ÊTRE ASSURÉ ?

Le Contrat peut être souscrit par toute entreprise située en France.

Il s'agit d'un contrat à adhésion obligatoire au sens de l'article 2 de la loi 89.1009 du 31 décembre 1989.

Il s'applique à l'ENSEMBLE DES SALARIÉS, y compris LES PERSONNES ASSIMILÉES À DES SALARIÉS au regard du Régime Général, ou à une catégorie objective du personnel du Souscripteur conforme aux exigences législatives et réglementaires (sous réserve que l'ensemble du personnel bénéficie d'un régime frais de santé).

Au titre du présent Contrat, les catégories pouvant être retenues sont les catégories cadres et non-cadres résultant de l'utilisation des définitions issues des dispositions des articles 4 et 4 bis de la convention nationale de retraite et de prévoyance des cadres du 14 mars 1947 et de l'article 36 de l'annexe I de cette convention.

Les Bénéficiaires du Contrat sont ceux désignés aux Conditions Particulières. Il peut s'agir de :

- l'Assuré lui-même, membre du personnel du Souscripteur, affilié à un Régime Obligatoire français,
- le conjoint non séparé de corps bénéficiant de prestations du fait de son affiliation à un Régime Obligatoire français,
- les enfants à charge célibataires :
 - bénéficiant du Régime Obligatoire du fait de l'affiliation de l'Assuré ou de celle du conjoint,
 - bénéficiant du Régime Obligatoire français en tant qu'apprentis,
 - âgés de moins de 26 ans, s'ils justifient de la poursuite de leurs études et de leur affiliation à un Régime Obligatoire français,

DISPENSES D'ADHÉSION

Sous réserve des Dispenses d'adhésion prévues par l'Acte de mise en place du Régime et dans toutes dispositions légales ou réglementaires, les salariés du Souscripteur, doivent obligatoirement être affiliés au présent Contrat.

LES CONDITIONS D'ADMISSION

Chaque salarié admissible doit compléter un bulletin individuel d'affiliation comportant les renseignements relatifs à son état civil et à celui des membres de sa famille appelés à bénéficier des Garanties.

LES GARANTIES : DÉFINITIONS ET ÉTENDUE

➔ Étendue des garanties

Le Niveau de Garantie, choisi parmi les différents niveaux proposés en p. 5 et 6, est indiqué sur les Conditions particulières remises à l'entreprise.

Le Niveau des Garanties choisi est le même pour l'ensemble des Garanties (Hospitalisation - Soins courants - Optique - Dentaire - Aides auditives - Prévention).

TABLEAU DES FORMULES DE GARANTIES

Les montants des Garanties exprimés en pourcentage de la Base de Remboursement (BR) du Régime Obligatoire (RO) incluent les prestations de ce dernier. Les montants des Garanties exprimés en euros sont des forfaits annuels par Bénéficiaire, valables du 1^{er} janvier au 31 décembre, sauf mention contraire précisée dans le tableau des Garanties ; ils correspondent aux remboursements de l'Assureur et incluent le cas échéant le remboursement du Régime Obligatoire. La rubrique « Ce que vous devez savoir » détaillée ci-après, précise les définitions et les conditions d'exercice des Garanties.

Dans tous les cas, les Prestations sont limitées aux frais réellement engagés.

	NIVEAU 1	NIVEAU 2	NIVEAU 3	NIVEAU 4	NIVEAU 5
HOSPITALISATION					
■ Forfait journalier hospitalier.....	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
■ Frais de séjour.....	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
■ Honoraires médicaux.....	100 % BR	150 % BR*	200 % BR*	200 % BR*	200 % BR*
■ Transport.....	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
■ Chambre particulière (hors Ambulatoire).....	45 €/nuit	60 €/nuit	90 €/nuit	120 €/nuit	120 €/nuit
■ Frais d'accompagnant (lit et repas).....	30 €/jour	30 €/jour	30 €/jour	30 €/jour	30 €/jour
■ Maternité :					
- Chambre particulière.....	45 €/nuit	60 €/nuit	90 €/nuit	120 €/nuit	120 €/nuit
- Prime naissance.....	-	150 €	200 €	250 €	350 €
SOINS COURANTS					
■ Honoraires médicaux (médecins généralistes et spécialistes, Imagerie médicale y compris ostéodensitométrie prise en charge par le RO, Actes techniques médicaux).....	100 % BR	150 % BR*	200 % BR*	200 % BR*	200 % BR*
■ Ostéodensitométrie non prise en charge par le RO.....	40 €/an	40 €/an	75 €/an	75 €/an	75 €/an
■ Honoraires paramédicaux (kiné, infirmière et autres auxiliaires médicaux).....	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
■ Accompagnement psychologique pris en charge par le RO.....	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
■ Analyses et examens de laboratoire.....	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
■ Ostéopathie, chiropractie.....	10 €/séance (max 4 séances/an)	20 €/séance (max 4 séances/an)	30 €/séance (max 4 séances/an)	40 €/séance (max 4 séances/an)	40 €/séance (max 4 séances/an)
■ Transport.....	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
■ Cure thermale prise en charge par le RO :					
- Forfait thermal, surveillance médicale.....	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
- Hébergement.....	100 % BR + 100 €	100 % BR + 200 €	100 % BR + 300 €	100 % BR + 400 €	100 % BR + 400 €
- Transport.....	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
■ Médicaments.....	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
■ Matériel médical					
- Accessoires (attelles, semelles).....	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
- Prothèse mammaire / capillaire.....	100 % BR + 50 €	100 % BR + 100 €	100 % BR + 150 €	100 % BR + 200 €	100 % BR + 200 €
- Fauteuil roulant (achat).....	100 % BR + 500 €	100 % BR + 1000 €	100 % BR + 1500 €	100 % BR + 2000 €	100 % BR + 2000 €
- Autre appareillage (achat lit médicalisé, achat chaussures orthopédiques,...).....	250 % BR	300 % BR	350 % BR	400 % BR	450 % BR
OPTIQUE					
Lunettes (1 monture + 2 verres) : renouvellement tous les 2 ans, sauf pour les enfants de moins de 16 ans (1 an) et les cas de renouvellement anticipé prévus par la réglementation⁽³⁾. Autres prestations : forfaits annuels.					
■ Équipements à prise en charge libre (forfait global verres et monture, dont 100 € maximum pour la monture)					
Chez un opticien Partenaire Santéclair					
- Lunettes avec verres simples.....	200 €	250 €	300 €	350 €	400 €
- Lunettes avec verres complexes.....	300 €	375 €	450 €	525 €	600 €
Chez un autre opticien					
- Lunettes avec verres simples.....	125 €	175 €	225 €	275 €	325 €
- Lunettes avec verres complexes.....	225 €	275 €	325 €	375 €	425 €
■ Équipements 100 % Santé ⁽¹⁾ y compris					
Offreclair.....	Frais réels ⁽²⁾	Frais réels ⁽²⁾	Frais réels ⁽²⁾	Frais réels ⁽²⁾	Frais réels ⁽²⁾
■ Lentilles correctrices (prises ou non en charge par le RO).....					
	100 % BR + 100 €	100 % BR + 125 €	100 % BR + 150 €	100 % BR + 200 €	100 % BR + 250 €
■ Chirurgie réfractive.....					
	-	150 €/œil	200 €/œil	300 €/œil	400 €/œil

RO : Régime Obligatoire

Partenaire Santéclair : tarifs négociés et remboursement majorés, exclusivement chez les professionnels de la santé partenaires de Santéclair, accessibles selon leur implantation. Leurs coordonnées sont consultables à partir de l'espace client ou en contactant votre Conseiller MAAF. Santéclair est une SA au capital de 3 834 029 euros immatriculée au RCS de Nantes sous le numéro 428 704 977 - 7 Mail Pablo Picasso - 44046 Nantes Cedex 1.

BR : Base de Remboursement de la Sécurité sociale.

En Secteur non conventionné, les remboursements sont limités au Tarif d'autorité.

(1) Tels que définis réglementairement.

(2) Prise en charge plafonnée aux Honoraires limites de facturation ou aux Prix limites de vente.

(3) Les cas de renouvellement anticipé sont définis dans l'arrêté du 3 décembre 2018 paru au Journal officiel du 13 décembre 2018.

* Voir détails dans la rubrique « Ce que vous devez savoir », détaillée ci-après.

TABLEAU DES FORMULES DE GARANTIES

Les montants des Garanties exprimés en pourcentage de la Base de Remboursement (BR) du Régime Obligatoire (RO) incluent les prestations de ce dernier. Les montants des Garanties exprimés en euros sont des forfaits annuels par Bénéficiaire, valables du 1^{er} janvier au 31 décembre, sauf mention contraire précisée dans le tableau des Garanties ; ils correspondent aux remboursements de l'Assureur et incluent le cas échéant le remboursement du Régime Obligatoire. La rubrique « Ce que vous devez savoir » détaillée ci-après, précise les définitions et les conditions d'exercice des Garanties.

Dans tous les cas, les Prestations sont limitées aux frais réellement engagés.

	NIVEAU 1	NIVEAU 2	NIVEAU 3	NIVEAU 4	NIVEAU 5
DENTAIRE					
■ Soins (y compris Inlays Onlays)	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
■ Prothèses à prise en charge libre					
- Prothèses prises en charge par le RO	200 % BR	250 % BR	350 % BR	400 % BR	450 % BR
- Prothèses non prises en charge par le RO	-	150 €	200 €	250 €	300 €
- Implant dentaire	-	400 €	520 €	800 €	1 000 €
■ Soins et Prothèses 100 % Santé ⁽¹⁾ (selon type de prothèse, localisation et matériau)	Frais réels ⁽²⁾	Frais réels ⁽²⁾	Frais réels ⁽²⁾	Frais réels ⁽²⁾	Frais réels ⁽²⁾
■ Plafond dentaire annuel (prothèses à prise en charge libre et soins et prothèses 100 % Santé).....	600 €/an	800 €/an	1 000 €/an	1 500 €/an	2 000 €/an
■ Orthodontie					
- Orthodontie prise en charge par le RO	150 % BR	200 % BR	250 % BR	300 % BR	400 % BR
- Orthodontie non prise en charge par le RO	-	-	350 €/an	400 €/an	500 €/an
AIDES AUDITIVES					
Renouvellement tous les 4 ans					
■ Équipements à prise en charge libre dans la limite de 1 700 € par oreille	250 % BR	300 % BR	350 % BR	400 % BR	425 % BR
■ Équipements 100 % Santé ⁽¹⁾	Frais réels ⁽²⁾	Frais réels ⁽²⁾	Frais réels ⁽²⁾	Frais réels ⁽²⁾	Frais réels ⁽²⁾
PRÉVENTION					
■ Forfait prévention	90 €/an	90 €/an	90 €/an	90 €/an	90 €/an
■ Pilule contraceptive non prise en charge par le RO	-	-	45 €/an	60 €/an	60 €/an
ASSISTANCE SANTÉ À DOMICILE	24 H / 24 ; 7 j / 7				
SERVICES Santéclair	oui				

RO : Régime Obligatoire

Partenaire Santéclair : tarifs négociés et remboursement majorés, exclusivement chez les professionnels de la santé partenaires de Santéclair, accessibles selon leur implantation. Leurs coordonnées sont consultables à partir de l'espace client ou en contactant votre Conseiller MAAF. Santéclair est une SA au capital de 3 834 029 euros immatriculée au RCS de Nantes sous le numéro 428 704 977 - 7 Mail Pablo Picasso - 44046 Nantes Cedex 1.

BR : Base de Remboursement de la Sécurité sociale.

En Secteur non conventionné, les remboursements sont limités au Tarif d'autorité.

(1) Tels que définis réglementairement.

(2) Prise en charge plafonnée aux Honoraires limites de facturation ou aux Prix limites de vente.

PRÉCISIONS SUR LES GARANTIES

Les Garanties du Contrat sont conformes aux obligations de l'article L.911-7 du Code de la Sécurité sociale et ses textes d'application ainsi qu'aux règles des contrats dits « responsables » fixées à l'article L.871-1 du Code de la Sécurité sociale et ses textes d'application, et ce afin de conserver le bénéfice des avantages fiscaux et sociaux accordés à ce type de contrat.

Les remboursements sont versés en fonction du respect par les Bénéficiaires du Parcours de soins coordonnés par le Médecin traitant et dans la limite des frais réellement engagés.

La Participation forfaitaire d'un euro et les Franchises médicales laissées à la charge de l'Assuré ou de ses Ayants droit par le Régime Obligatoire sont exclues des Garanties.

Dans ce cadre, les remboursements indiqués dans le Tableau des Garanties, peuvent donner lieu à une majoration ou une minoration de manière à respecter les minima ou les maxima prévus par les règles des contrats dits « responsables » (article L.871-1 du Code de la Sécurité sociale et ses textes d'application).

Pour une même dépense engagée, les Garanties chez un professionnel de la santé du réseau des Partenaires Santéclair ne se cumulent pas avec les Garanties hors réseau.

HOSPITALISATION

Ne sont pas garantis les frais résultant de séjours en maison d'enfants à caractère sanitaire (hormis le Forfait journalier et le Ticket modérateur facturés le cas échéant et non pris en charge par le Régime Obligatoire), en institut médico-pédagogique, en établissement pour personnes âgées ou en unité de longs séjours.

Le Contrat prend en charge la Participation forfaitaire pour les actes lourds et le Forfait patient urgences.

■ Honoraires médicaux

Les Garanties relatives aux Honoraires des médecins n'ayant pas adhéré à l'un des Dispositifs de Pratiques Tarifaires Maîtrisées (OPTAM/OPTAM-CO) sont plafonnées en application des dispositions du contrat « responsables » (art. L.871-1 du Code de la Sécurité sociale et ses textes d'applications).

*Les Garanties du niveau 2, 3, 4, 5 sont majorées de 20 % de la Base de remboursement pour les Honoraires des médecins ayant adhéré à l'un des Dispositifs de Pratiques Tarifaires Maîtrisées (OPTAM / OPTAM-CO).

■ **Les frais de Chambre particulière et les Frais d'accompagnant résultant de séjours dans un établissement psychiatrique ou neuropsychiatrique (en secteur public ou privé) sont exclus.**

■ La Franchise médicale/Transport est laissée à la charge du patient par le Régime Obligatoire. MAAF Santé ne la prend pas en charge.

■ Toute naissance entraîne le versement d'1 prime pour le niveau 2, 3, 4, 5. Il n'est versé qu'une prime par foyer et en cas de naissances multiples, le versement se limite à 2 primes.

■ En cas d'Hospitalisation en Ambulatoire, **les frais de Chambre particulière ne seront jamais pris en charge.**

SOINS COURANTS

Le présent Contrat étant responsable :

■ **La Participation forfaitaire d'un euro laissée à votre charge par le Régime Obligatoire n'est pas prise en charge par MAAF Santé.**

■ **En cas de non-respect du Parcours de soins coordonnés, la majoration du Ticket modérateur n'est pas prise en charge, ni les pénalités financières qui s'appliquent aux tarifs de consultation des spécialistes.**

■ **Les Franchises médicales applicables pour chaque acte médical ou par Transport, laissées à la charge du patient par le Régime Obligatoire ne sont pas prises en charge par MAAF Santé.**

■ Honoraires médicaux

Les Garanties relatives aux Honoraires des médecins n'ayant pas adhéré à l'un des Dispositifs de Pratiques Tarifaires Maîtrisées (OPTAM/OPTAM-CO) sont plafonnées en application des dispositions du contrat « responsables » (art. L.871-1 du Code de la Sécurité sociale et ses textes d'applications).

*Les Garanties du niveau 2, 3, 4, 5 sont majorées de 20 % de la Base de remboursement pour les Honoraires des médecins ayant adhéré à l'un des Dispositifs de Pratiques Tarifaires Maîtrisées (OPTAM / OPTAM-CO).

■ **Accompagnement psychologique pris en charge par le Régime Obligatoire**

La Garantie prend en charge les séances d'accompagnement psychologique remboursées par le Régime Obligatoire, dans les limites prévues par l'article R.162-65 du Code de la Sécurité sociale. Elles doivent être **réalisées par un psychologue conventionné avec l'Assurance Maladie, sur orientation d'un médecin.**

■ Pour l'ostéopathie et la chiropractie, le forfait concerne 4 séances au choix par année civile.

■ Les Garanties « Cure thermale » sont acquises uniquement lorsque la cure est prise en charge par le Régime obligatoire. **La participation sur les frais d'hébergement sera attribuée uniquement sur la période de prise en charge de la Cure thermale par le Régime obligatoire.** Toutefois, si ce dernier n'intervient pas pour le poste « Hébergement », MAAF Santé ne rembourse que le forfait supplémentaire.

■ **Médicaments : La Franchise médicale/boîte de Médicaments n'est pas prise en charge par MAAF Santé.** La prise en charge du Ticket modérateur sur les Médicaments inclut les Honoraires de dispensation en lien avec l'ordonnance ou avec le Médicament.

■ **Matériel médical :** Sont pris en charge au titre de la Garantie "Accessoires" les attelles, semelles orthopédiques, ainsi que les piles et accessoires des Aides auditives.

OPTIQUE

■ Lunettes

La Garantie Lunettes prend en charge les équipements (monture et deux verres correcteurs) faisant l'objet d'un remboursement par le Régime Obligatoire.

■ **Équipements à prise en charge libre :** il s'agit des équipements autres que les Équipements 100 % Santé. Les Garanties sont des forfaits globaux en euros (**monture d'un montant maximum de 100 €** + deux verres correcteurs) ; ils intègrent le remboursement du Régime Obligatoire.

→ CE QUE VOUS DEVEZ SAVOIR

Les verres **simples** sont définis de la façon suivante :

- 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.

Tous les autres verres sont regroupés sous l'appellation verres **complexes**.

En cas d'Équipements à prise en charge libre comportant un verre simple et un verre complexe, le remboursement est égal à la moyenne des montants garantis pour des « verres simples » et des « verres complexes ».

La Prestation d'adaptation visuelle associée à la prise en charge d'un Équipement à prise en charge libre est remboursée à hauteur du Ticket modérateur.

Il est impossible de cumuler le forfait Lunettes chez un opticien Partenaire Santéclair et le forfait Lunettes chez un autre opticien.

■ **Équipements 100 % Santé** : ces équipements (2 verres correcteurs + 1 monture) sont constitués d'une sélection de verres et de monture définie règlementairement dans l'arrêté du 3 décembre 2018 paru au Journal officiel du 13 décembre 2018. Ils sont remboursés intégralement par le Régime Obligatoire et par le Contrat, dans la limite des Prix limites de vente, de même que la Prestation d'appairage, la Prestation d'adaptation visuelle et le supplément pour les verres avec filtre pour ledit équipement.

La Garantie inclut également les équipements Offreclair, sélection d'équipements proposés par les opticiens Partenaire Santéclair. Pour plus de précisions, vous pouvez solliciter votre opticien Partenaire Santéclair ou votre interlocuteur commercial.

Lorsque le Bénéficiaire opte pour un équipement mixte (monture dans les Équipements 100 % Santé et verres dans les Équipements à prise en charge libre ou inversement) le remboursement s'effectue comme suit :

- pour la partie de l'Équipement 100 % Santé : prise en charge intégrale dans la limite des Prix limites de vente,
- pour la partie de l'Équipement à prise en charge libre : application de la Garantie contractuelle, déduction faite du coût de la partie de l'Équipement 100 % Santé, dans le respect des limites du contrat « responsable ».

La prise en charge des frais d'optique respecte les plafonds et les plafonds prévus pour le contrat dit « responsable » (article L.871-1 du Code de la Sécurité sociale et ses textes d'application) et le « panier de soins » (article L.911-7 du Code de la Sécurité sociale et ses textes d'application).

Les Garanties Lunettes sont limitées à un équipement (2 verres correcteurs et 1 monture) par période de 2 ans à compter de la date d'acquisition du dernier équipement pour les adultes et les enfants de 16 ans et plus.

Pour les enfants âgés de moins de 16 ans, l'équipement peut être renouvelé par période d'un an à compter de la date d'acquisition du dernier équipement et de 6 mois pour les enfants jusqu'à 6 ans en cas de mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage de l'enfant entraînant une perte d'efficacité du verre correcteur.

Des cas de renouvellement anticipé sont prévus à l'article L.165-1 du Code de la Sécurité sociale et à l'arrêté du 3 décembre 2018 paru au Journal officiel du 13 décembre 2018 (ex : variations de la sphère ou du cylindre d'au moins 0.5 dioptries d'un verre, ou d'au moins 0,25 dioptries pour chacun des verres pour les Bénéficiaires ayant 16 ans et plus...).

■ **Chirurgie réfractive** : La chirurgie réfractive prend en charge les opérations de correction de la myopie, de l'hypermétropie et de l'astigmatie, hors cataracte et presbytie.

DENTAIRE

■ Prothèses à prise en charge libre

Prothèses prises en charge par le RO

Cette Garantie prend en charge les couronnes et bridges, Inlays core, Prothèses dentaires amovibles et autres Prothèses dentaires remboursées par le Régime Obligatoire qui ne figurent pas dans la liste des Soins et prothèses 100 % Santé.

Implant dentaire

La Garantie Implant dentaire comprend le pilier implantaire et l'Implant. **Pour chaque Implant dentaire, il n'est versé qu'un seul remboursement forfaitaire même si les soins sont réalisés sur deux années civiles.** Les prothèses sur Implant sont garanties au titre de la Garantie Prothèses prises en charge par le RO (des prothèses à prise en charge libre).

■ Soins et prothèses 100 % Santé

Il s'agit de certaines Prothèses dentaires, définies règlementairement (arrêté du 24/05/2019 paru au Journal officiel du 30/05/2019), en fonction de la localisation de la dent, du matériau utilisé et du type de Prothèses dentaires. Elles sont totalement remboursées par le Régime Obligatoire et le Contrat dans la limite des Honoraires Limites de Facturation.

■ Plafond dentaire annuel

Le cumul des remboursements au titre du Contrat pour les Prothèses à prise en charge libre (Prothèses et Implants dentaires) et les Soins et prothèses 100 % Santé ne peut excéder le montant du plafond dentaire annuel défini au titre du niveau des garanties choisi. Au-delà de cette limite, les Soins et prothèses 100 % Santé continuent d'être remboursés intégralement et les Prothèses à prise en charge libre remboursées par le Régime Obligatoire sont prises en charge à hauteur de 125 % BR (y compris le remboursement du Régime Obligatoire).

AIDES AUDITIVES

Les Garanties s'appliquent aux Aides auditives prises en charge par le Régime Obligatoire. **Elles sont limitées à un équipement par oreille par période de 4 ans**, à compter de la date d'acquisition de chaque équipement correspondant à chaque oreille.

■ Équipements à prise en charge libre

Il s'agit des équipements autres que les Équipements 100 % Santé. Pour ces équipements, la prise en charge par le Régime Obligatoire et les Garanties du Contrat ne peut pas dépasser 1 700 € par oreille.

En vous adressant à un audioprothésiste Partenaire Santéclair, vous bénéficiez en Niveau 1 d'un remboursement aux Frais réels sur les Aides auditives de la gamme Essentielle, en Niveau 2 d'un remboursement aux Frais

➔ CE QUE VOUS DEVEZ SAVOIR

réels pour les gammes Essentielle, Confort et Premium, en Niveaux 3 - 4 - 5 d'un remboursement aux Frais réels pour les gammes Essentielle, Confort, Premium et Excellence. Ces gammes sont composées d'une sélection d'Aides auditives (hors embouts d'appareil) proposées par les audioprothésistes Partenaires Santéclair. Pour plus de précisions, vous pouvez solliciter votre audioprothésiste Partenaire Santéclair ou votre interlocuteur commercial.

■ Équipements 100 % Santé

Ces équipements sont constitués d'une sélection d'Aides auditives définie réglementairement dans l'arrêté du 14/11/2018 publié au Journal officiel du 16/11/2018, dénommée « Équipements 100 % Santé ». Ils sont remboursés intégralement par le Régime Obligatoire et par les Garanties du Contrat, dans la limite des Prix limites de vente.

LA PRÉVENTION

MAAF Santé verse un **forfait de 90 € maximum par an** et par Bénéficiaire couvrant les thèmes de prévention détaillés page 6.

Est pris en charge dans le cadre de ce forfait au titre du sevrage tabagique, tout substitut nicotinique, tel que prévu dans la « Liste des substituts nicotiniques pris en charge par l'Assurance maladie » non remboursé par le Régime Obligatoire car non prescrit par un médecin.

Le forfait de 90 €

- Les consultations diététiques effectuées par une diététicienne diplômée
- Les vaccins non pris en charge (dont le vaccin anti-grippe)
- Les Auto test de dépistage des infections urinaires
- Les préservatifs (limités à 30 € / an)
- Le sevrage tabagique (patchs, comprimés, gommes, pastilles....) (limité à 50 € /an)
- Les crèmes solaires prescrites (limitées à 30 €/an)

🏠 Garantie Assistance Santé à domicile

Les garanties ci-après*, entrent en jeu à la suite d'une hospitalisation* ou d'une immobilisation à domicile* consécutive à une maladie* ou à un accident corporel*, survenue après la date de prise d'effet des garanties Frais de santé.

Elles s'adressent au salarié ou ancien salarié assuré, à son conjoint (de droit ou de fait), à ses enfants à charge ainsi qu'à ses parents s'ils habitent sous son toit.

Ces garanties n'ont pas pour vocation de remplacer la solidarité naturelle de la structure familiale, et ne doivent aucunement se substituer aux interventions des services publics, ni aux prestations dues par les organismes sociaux et les employeurs.

En cas d'urgence, appeler en priorité les **services publics** :

Le Samu centre : 15

Les pompiers : 18

Appels d'Urgence : 112

(valable dans l'ensemble de l'Union Européenne)

**114 pour les personnes sourdes
ou malentendantes** (métropole seulement)

🏠 Pour bien comprendre la garantie Assistance Santé à domicile

Pour faciliter la lecture, certains termes signalés par un astérisque, sont définis ci-après.

Accident corporel

Toute atteinte corporelle résultant d'un choc traumatique, violent, soudain et imprévu provoqué par une cause extérieure à l'assuré victime.

Bénéficiaire

Personne pouvant bénéficier des garanties d'assistance à domicile: le salarié ou l'ancien salarié et son conjoint assuré ou non, leurs enfants assurés ou non, vivant sous le même toit, ainsi que leurs ascendants, assurés ou non, vivant sous le même toit.

Hospitalisation

Tout séjour pendant une nuit au moins dans un établissement de soins public ou privé, agréé par le Ministère de la Santé, consécutif à une maladie* ou à un accident corporel*, à l'exclusion des hospitalisations à domicile*.

Hospitalisation à domicile (HAD)

L'hospitalisation à domicile est une forme d'hospitalisation. Elle permet d'assurer au domicile des soins médicaux et paramédicaux continus et coordonnés à des patients malades de tous les âges, atteints de pathologies graves aiguës ou chroniques, évolutives et instables, pour une période limitée mais renouvelable en fonction de l'évolution de l'état de santé du patient. L'admission dans un établissement d'HAD

est obligatoirement soumise à prescription médicale, avec l'accord explicite du patient ou/et de sa famille et de son médecin traitant, qui peut assurer la prise en charge médicale tout au long du séjour. Les structures d'HAD sont de véritables établissements de santé soumis, selon la loi, aux mêmes réglementations et obligations que les établissements hospitaliers classiques.

Hospitalisation soudaine et imprévue

Est considérée comme imprévue toute hospitalisation* devant avoir lieu dans un délai de 30 jours à compter de la décision d'hospitalisation prise par une autorité médicale concernant l'évènement déclencheur (maladie* ou accident corporel*).

Immobilisation au domicile

Incapacité, médicalement constatée et attestée, d'accomplir seul au moins 2 des 4 actes de la vie quotidienne (se laver, s'habiller, s'alimenter, se déplacer) à la suite d'une Maladie non chronique ou d'un accident corporel*.

Maladie

Toute altération de la santé constatée par une autorité médicale compétente à l'exclusion des maladies chroniques*.

Maladie chronique

Toute altération de l'état de santé, appelée à durer, d'une ancienneté d'au moins 6 mois, susceptible de complications graves et ayant des retentissements sur la vie quotidienne.

Maladie grave

- Sclérose en plaques (pour toute hospitalisation supérieure à 7 jours).
- Accidents vasculaires cérébraux (pour toute hospitalisation supérieure à 15 jours).
- Infarctus du myocarde (pour toute hospitalisation supérieure à 11 jours).
- Greffes d'organes (cœur, poumon, foie, rein).

Titre de transport

En métropole :

- pour les trajets en train inférieurs à 5 heures ou si trajet en TGV : un billet 2nde classe,
- pour les trajets en train supérieurs à 5 heures : un billet 1^{ère} classe,
- pour les trajets en avion : un billet classe économique.

En outre-mer, tous les déplacements s'entendent dans le même département. MAAF Assistance propose le moyen de transport le mieux adapté. **Les déplacements entre la France métropolitaine et les départements d'outre-mer et entre les départements d'outre-mer et la France métropolitaine ne sont pas pris en charge.**

Traitements médicaux lourds

- Trithérapie.
- Quadrithérapie.
- Chimiothérapie (y compris à domicile).
- Radiothérapie.

ASSISTANCE SANTÉ À DOMICILE

Plusieurs événements peuvent se cumuler et donner droit à plusieurs garanties si les conditions requises sont réunies.

Garanties	Prise en charge des parents	Prise en charge des enfants de moins de 16 ans	Garde à domicile des enfants malades	Garde des autres enfants vivant au domicile	Relais maternité	Allo Infos Bébé	Aide à domicile	Aide à domicile en cas de coups durs	Location de téléviseur	Prise en charge des animaux de compagnie	Venue d'un proche	Conseils médicaux	Organisation du transport médical	Écoute, évaluation, informations et conseils sur les addictions liées au tabac, à l'alcool et aux drogues	Livraison de médicaments	Services (portage d'espèces, de repas, de courses, coiffure à domicile)	Assistance psychologique	Assistance psychologique maternité	Ergothérapeute	Aide à l'organisation des obsèques	Avance des frais d'obsèques	
● Hospitalisation soudaine et imprévue* dès le 1 ^{er} jour	●												●									
● Hospitalisation soudaine et imprévue* d'au moins 3 jours	●												●									
● Hospitalisation* d'une nuit au moins, consécutive à une maladie* ou à un accident corporel*						●																
● Séjour en maternité d'au moins 6 jours							●															
● Naissances multiples ou séjour en maternité d'au moins 6 jours																						
● Naissance d'un enfant																						
● Immobilisation au domicile* soudaine et imprévue d'au moins 6 jours	●						●															
● Addiction liée au tabac, à l'alcool ou aux drogues en dehors des cas d'urgences médicales pour lesquelles seuls les services d'urgence officiels (Samu, pompiers, etc.) sont compétents																						
● Immobilisation au domicile* soudaine et imprévue d'au moins 3 jours des enfants de moins de 16 ans																						
● Hospitalisation soudaine et imprévue* d'un enfant dès le 1 ^{er} jour																						
● Traumatisme psychologique lié à la maternité																						
● Maladies graves*																						
● Traitements médicaux lourds*	● (1)																					
● Événements traumatiques																						
● Accidents corporels* et maladies graves* donnant lieu à l'achat d'un fauteuil roulant																						
● Décès	●																					

● Garantie accordée suite à un événement concernant le salarié ou l'ancien salarié ou son conjoint.

● Garantie accordée suite à un événement concernant les autres bénéficiaires*.

(1) uniquement en cas de traitement par chimiothérapie et radiothérapie.

➔ ASSISTANCE SANTÉ À DOMICILE

➔ Détails des prestations

Les garanties décrites ci-après sont accordées si le bénéficiaire remplit les conditions de mise en œuvre (cf tableau ci-avant). Les prestations sont propres à la présente garantie et n'impliquent pas la prise en charge du sinistre au titre des autres garanties du contrat.

Prise en charge des parents vivant au domicile de l'assuré (lorsque leur état de santé ne leur permet pas d'accomplir seuls les tâches de la vie quotidienne)

- MAAF Assistance prend en charge un Titre de transport* aller/retour pour le déplacement d'un proche désigné par l'assuré ou son conjoint pour s'en occuper au domicile.

Ou

- MAAF Assistance prend en charge un Titre de transport* aller/retour pour le déplacement des parents auprès de proches susceptibles de les accueillir.

Ou

- Garde au domicile des parents par un de nos intervenants, dans la limite de 30 heures, réparties sur un mois à compter de l'événement.

Prise en charge des enfants de moins de 16 ans

- MAAF Assistance prend en charge un Titre de transport* aller/retour pour le déplacement d'un proche désigné par l'assuré ou son conjoint pour les garder à domicile.

Ou

- MAAF Assistance prend en charge un Titre de transport* aller/retour pour le déplacement des enfants ainsi que d'un adulte les accompagnant auprès de proches susceptibles de les accueillir. En cas de nécessité, ou d'indisponibilité d'un accompagnateur, MAAF Assistance organise et prend en charge l'accompagnement des enfants par l'un de ses prestataires.

Ou

- Conduite des enfants valides à l'école ou à leurs activités extra-scolaires et leur retour au domicile par une personne habilitée par nos soins, un trajet aller et un trajet retour par jour dans la limite de 10 trajets répartis sur 1 mois (dans la limite de 50 km par trajet) (lorsque aucun proche ne peut se rendre disponible).

Si aucune des solutions ci-dessus ne peut convenir :

- Transfert et garde des enfants chez une assistante maternelle dans la limite de 30 heures réparties sur un mois à compter de l'événement,

Ou

- Garde des enfants au domicile par un intervenant autorisé, dans la limite de 30 heures, réparties sur un mois à compter de l'événement. Cette prestation peut être complétée par l'accompagnement aller et retour des enfants à l'école ou à leurs activités extra-scolaires.

Prise en charge des frais de garde à domicile des enfants malades ou accidentés de moins de 16 ans (cette prestation ne s'applique qu'au-delà des journées dues par l'employeur)

- MAAF Assistance prend en charge un Titre de transport* aller/retour pour le déplacement d'un proche désigné par l'assuré ou son conjoint pour garder les enfants malades ou accidentés à domicile.

Si la solution ci-dessus ne peut convenir :

- Garde des enfants malades ou accidentés à domicile jusqu'à 30 heures réparties sur 1 mois par un intervenant qualifié.

Garde des autres enfants vivant au domicile

Si un des enfants de l'assuré est hospitalisé de manière soudaine et imprévue par suite de maladie ou d'accident et que son état de santé nécessite la présence d'une personne à son chevet et si ni l'assuré, ni son conjoint ne peuvent s'occuper des autres enfants de moins de 16 ans, MAAF Assistance organise et prend en charge :

- un Titre de transport* aller/retour pour le déplacement d'un proche désigné par l'assuré ou son conjoint pour les garder à domicile.

Ou

- un Titre de transport* aller/retour pour le déplacement des enfants ainsi que d'un adulte les accompagnant auprès de proches susceptibles de les accueillir. En cas de nécessité, ou d'indisponibilité d'un accompagnateur, MAAF Assistance organise et prend en charge l'accompagnement des enfants par l'un de ses prestataires.

Si aucune des solutions ci-dessus ne peut convenir :

MAAF Assistance organise et prend en charge la garde des enfants au domicile par un intervenant autorisé selon les disponibilités locales, dans la limite de 20 heures réparties sur 3 jours ouvrés consécutifs à compter de la date de l'événement.

Relais maternité

- En cas de naissances multiples ou hospitalisation d'au moins 6 jours en maternité de l'assurée MAAF Assistance organise et prend en charge la visite d'une aide familiale au domicile de la jeune maman à concurrence de 6 heures au cours des 5 jours ouvrés suivant la sortie de la maternité, pour l'aider à s'organiser et lui rappeler les principes essentiels relatifs aux soins et à la santé de son (ses) bébé(s).

➔ ASSISTANCE SANTÉ À DOMICILE

Allo Infos Bébé

Sur simple appel téléphonique, du lundi au vendredi, de 9h à 19h, hors jours fériés, l'équipe médicale et sociale de MAAF Assistance communique à l'assuré, par téléphone, les renseignements qui lui sont nécessaires dans les domaines suivants :

● Santé :

- les soins du nouveau-né,
- les vaccinations du nouveau-né,
- l'alimentation de bébé,
- l'évolution et le développement de bébé,

● Modes de garde :

- L'inscription en crèche, établissements et services d'accueil des jeunes enfants, garde à domicile (employés au domicile), assistantes maternelles, aides financières et avantages fiscaux des modes de garde, protection maternelle et infantile,

● Informations juridiques et administratives :

- Informations juridiques : la filiation légitime, naturelle, adoptive, autorité parentale, obligations alimentaires, assistance éducative, tutelle,
- Informations fiscales et démarches administratives : déclaration de naissance, remboursement de Sécurité sociale des séances de préparation à l'accouchement, congés de naissance ou d'adoption, congé paternité, prestations familiales.

Les renseignements fournis sont d'ordre informatif : l'objet du service n'est en aucun cas de délivrer une consultation médicale téléphonique ou de favoriser une automédication.

Aide à domicile (ménage, préparation des repas ...)

- En fonction de la situation du bénéficiaire, MAAF Assistance met à disposition une aide ménagère ou une travailleuse familiale :
 - jusqu'à 30 heures réparties sur 1 mois à raison de 2 heures minimum par intervention, dès le 1^{er} jour ou au retour au domicile.

Aide à domicile en cas de coups durs

- En fonction de la situation du bénéficiaire, MAAF Assistance met à disposition une aide ménagère ou une travailleuse familiale :
 - jusqu'à 100 heures réparties sur 12 mois, à raison de 2 heures minimum par intervention dès le 1^{er} jour ou au retour au domicile.

Prise en charge des frais de location d'un téléviseur à l'hôpital

- Jusqu'à 1 mois.

Prise en charge des animaux de compagnie vivant au domicile de l'assuré

- Transport et hébergement jusqu'à 1 mois, chez une personne désignée par le sociétaire ou son conjoint, ou en pension animalière.

Prise en charge de la venue d'un proche

- MAAF Assistance prend en charge un Titre de transport* aller / retour pour le déplacement d'un proche désigné par l'assuré ou son conjoint et l'hébergement jusqu'à 2 nuits à concurrence de 100 € (petit déjeuner inclus).

Conseils médicaux

- Conseils médicaux hors urgence médicale et en l'absence du médecin traitant. Ces conseils ne peuvent pas être considérés comme des consultations médicales.

Organisation du transport médical

- Hors urgence médicale, MAAF Assistance organise le transport en ambulance ou véhicule sanitaire léger, sur prescription médicale, du domicile à l'établissement de soins. Si l'état de santé le nécessite, MAAF Assistance organise le retour au domicile par l'un de ces moyens. Les frais de transport demeurent à la charge du client.

➔ ASSISTANCE SANTÉ À DOMICILE

Écoute, évaluation, informations et conseils sur les addictions liées au tabac, à l'alcool et aux drogues

MAAF Assistance met à disposition un service d'écoute et d'aide psychologique par téléphone. Ce service est à disposition du lundi au dimanche de 9h30 à 18h30.

Cet entretien téléphonique permet de :

- recueillir les informations nécessaires à l'évaluation de la demande,
- informer, renseigner sur les risques et les effets sur la santé,
- évaluer, si besoin, la dépendance à l'alcool, au tabac et aux drogues par des tests simples et spécifiques,
- orienter éventuellement vers des structures spécialisées.

Un deuxième entretien peut éventuellement être proposé par le psychologue mandaté par MAAF Assistance, s'il l'estime nécessaire, afin de :

- faire le point sur les actions menées depuis le 1^{er} entretien,
- répondre aux questions et interrogations.

MAAF Assistance prend en charge le coût de ces deux entretiens.

Les prestations « addictions » sont limitées à deux entretiens téléphoniques par année d'assurance et par personne bénéficiant de cette garantie.

La garantie n'intervient pas en cas de suivi médical et/ou psychologique déjà mis en place dans le cadre d'une même addiction.

Livraison de médicaments

- Livraison à domicile (jusqu'à 12 livraisons réparties sur 12 mois) lorsque ni le bénéficiaire ni l'un de ses proches n'est en mesure d'aller chercher les médicaments prescrits. Le coût des médicaments reste à la charge du bénéficiaire.

Services

● **Portage d'espèces à domicile**

Une fois par mois, lorsque le bénéficiaire, immobilisé à son domicile ne dispose plus d'espèces et ne peut s'en procurer :

- Déplacement aller/retour vers l'établissement bancaire,
- Ou
- Portage, par prestataire agréé, de 200 € maximum contre reconnaissance de dette (somme remboursable dans un délai de 2 mois).

● **Portage de repas à domicile**

Prise en charge de la livraison des repas à concurrence de 30 livraisons sur 12 mois quand le bénéficiaire, immobilisé à son domicile, n'est pas en mesure de les préparer ou de les faire préparer par un proche.

● **Portage de courses à domicile**

Lorsque le bénéficiaire est immobilisé à son domicile, et que ni lui ni son entourage, ne sont en mesure de faire les courses :

- Déplacement aller/retour au centre commercial le plus proche du domicile (12 déplacements répartis sur 12 mois),

Ou

- Prise en charge des frais de livraison d'une commande (30 livraisons sur 12 mois).

● **Coiffure à domicile**

Prise en charge des frais de déplacement d'un coiffeur à domicile (1 déplacement par mois pendant 12 mois) lorsque le bénéficiaire est immobilisé à son domicile. Le coût de la prestation demeure à la charge du bénéficiaire.

Assistance psychologique

Dans un délai de 12 mois à compter de la date de survenance de l'événement :

MAAF Assistance intervient lorsque l'assuré est victime d'un traumatisme psychologique qui peut avoir été occasionné par une maladie grave, un traitement médical lourd, un décès, un accident ou une maladie grave donnant lieu à l'achat d'un fauteuil roulant ou tout autre événement traumatisant tel qu'un viol, une agression physique, ou pour avoir assisté, en tant que témoin oculaire, à un acte de violence comme un attentat, un acte terroriste.

● **Accueil et consultation psychologique**

MAAF Assistance met à disposition de l'assuré un service d'écoute et d'aide psychologique par téléphone pour une consultation d'une durée moyenne de 45 minutes.

MAAF Assistance prend en charge le coût de cette consultation ainsi que les frais de téléphone.

● **Suivi psychologique**

A la suite de cette première consultation et selon le diagnostic établi, l'assuré peut bénéficier de 4 nouvelles consultations maximum effectuées :

- soit par téléphone auprès du même psychologue,
- soit au cabinet d'un psychologue clinicien agréé, proche du domicile de l'assuré (uniquement en France métropolitaine) ou, sur sa demande, auprès d'un psychologue de son choix.

MAAF Assistance prend en charge le coût des consultations.

Dans le cas d'un suivi chez un psychologue de son choix, MAAF Assistance rembourse l'assuré sur justificatifs, 3 consultations maximum dans la limite de 52 € par consultation.

Dans tous les cas, les frais de transport pour se rendre chez le psychologue restent à la charge de l'assuré.

La prestation "suivi psychologique" est limitée à 2 événements traumatisants par assuré et par année d'assurance.

En aucun cas, il ne s'agit d'une psychothérapie par téléphone.

→ ASSISTANCE SANTÉ À DOMICILE

● La garantie n'intervient pas :

- pour tout suivi psychologique alors que l'assuré est déjà en traitement auprès d'un psychiatre ou d'un psychologue,
- dans le cadre d'une décompensation psychique grave nécessitant une hospitalisation en milieu spécialisé.

Assistance psychologique maternité

MAAF Assistance intervient lorsque l'un des 2 parents est victime d'un traumatisme psychologique suite à une fausse-couche, un "baby blues", la naissance d'un prématuré, l'hospitalisation du nouveau-né, le décès de l'enfant.

● Accueil et consultation psychologique

MAAF Assistance met à la disposition de l'assuré un service d'écoute et d'aide psychologique par téléphone d'une durée moyenne de 45 minutes et prend en charge le coût de cette consultation.

● Suivi psychologique

A la suite de cette première consultation, et selon le diagnostic établi, l'assuré peut bénéficier de 4 nouvelles consultations maximum effectuées :

- soit par téléphone auprès du même psychologue,
- soit au cabinet d'un des psychologues cliniciens agréés par MAAF Assistance, proche du domicile de l'assurée (uniquement en France métropolitaine) ou, sur demande, auprès d'un psychologue de son choix.

MAAF Assistance prend en charge le coût des consultations.

Dans le cas d'un suivi chez un psychologue du choix de l'assuré, MAAF Assistance rembourse, sur justificatif, 3 consultations maximum dans la limite de 52 € par consultation.

Les prestations "consultation psychologique" sont limitées à 2 événements traumatisants par assuré et par année d'assurance ; les prestations sont valables dans les 12 mois qui suivent l'accouchement de l'assurée.

Dans tous les cas, les frais de transport pour se rendre chez le psychologue restent à la charge de l'assuré.

● Pour chacune de ces prestations, la garantie n'intervient pas :

- pour un suivi psychologique alors que l'assuré est déjà en traitement auprès d'un psychiatre ou d'un psychologue,
- dans le cas d'une décompensation psychique grave nécessitant une hospitalisation en milieu spécialisé.

Organisation et mise à disposition d'un ergothérapeute

- Évaluation de la personne dans son lieu de vie (bilan de la personne, bilan matériel de l'environnement de vie, rédaction d'un rapport),
- Le cas échéant, étude sur l'aménagement du domicile avec vérification sur place a posteriori des installations et du bien-être du bénéficiaire.

Aide à l'organisation des obsèques

- Conseils sur les dispositions à prendre, les dons d'organes, la crémation, la succession...

Avance des frais d'obsèques

- Remboursables dans un délai de 1 mois.

IMPORTANT

- Les prestations d'assistance dépendent de la gravité et des conséquences de l'événement. Elles s'appliquent dès le 1^{er} jour.
- Lors de la mise en jeu des prestations, nous pourrions éventuellement être amenés à vous demander certains justificatifs.

LES NUMÉROS UTILES

Les assurés ont besoin d'Assistance Santé à domicile, de conseils médicaux, d'informations d'ordre social... ?
MAAF Assistance est à leur écoute 24H/24, 7J/7. Ils doivent se munir du Numéro de Sociétaire de l'entreprise ayant souscrit

le contrat et appeler le n° Vert : **0 800 16 17 18** Service & appel gratuits

S'ils sont à l'étranger, ils doivent appeler le : **+33 5 49 16 17 18**

S'ils sont sourds ou malentendants, ils peuvent communiquer avec MAAF Assistance :
par SMS au 06 78 74 53 72 par FAX au 01 47 11 71 26

LES SERVICES

Un réseau de professionnels de santé vous aide à maîtriser vos dépenses sur les postes les plus coûteux. Ils se sont engagés contractuellement sur de bonnes pratiques professionnelles et sur des tarifs négociés.

Pour connaître les coordonnées de ces professionnels de santé et pour disposer de services en ligne, les Assurés peuvent se connecter sur leur **Espace client MAAF sur [maaf.fr](https://www.maaf.fr)**.

→ CE QUE VOUS DEVEZ SAVOIR

ÉTENDUE TERRITORIALE

MAAF Santé intervient pour des frais médicaux engagés en France métropolitaine et dans les DROM.

Les frais engagés hors de France seront pris en charge par le Contrat sous réserve que les Bénéficiaires relèvent d'un Régime Obligatoire français et que ces soins aient été effectués avec la même qualité de soins qu'en France.

Le remboursement de MAAF Santé interviendra alors en complément de celui du Régime Obligatoire.

■ **Dans le cas d'une maladie survenue dans un pays ayant signé une convention avec la France, ou en Suisse ou dans un pays de l'Union européenne ou de l'Espace Economique Européen**, les dépenses engagées par les Bénéficiaires sont prises en charge par la caisse étrangère, sans que leur montant ne puisse excéder celui qui aurait été alloué en France par le Régime Obligatoire. Les Garanties complémentaires attachées au présent Contrat sont alors accordées sur la base des Taux de remboursement du Régime Obligatoire français.

■ **Dans le cas d'une maladie survenue dans un autre pays**, les caisses françaises procèdent au remboursement des soins dans les conditions prévues à l'article R.160-4 du Code de la Sécurité sociale. Les Garanties complémentaires attachées au présent Contrat sont accordées dès lors que le Régime Obligatoire français admet la prise en charge des frais de santé.

Pour les frais médicaux pris en charge par le Contrat mais n'ayant pas donné lieu à un remboursement du Régime Obligatoire, le paiement se fera à partir de la facture détaillée, traduite en français et le cas échéant, précisant au minimum la nature et le montant de chaque dépense engagée.

L'ENTRÉE EN VIGUEUR DU CONTRAT ET DES GARANTIES

Le Contrat est constaté par un bulletin d'adhésion signé par l'entreprise qui souscrit et MAAF Santé. Ce bulletin doit mentionner :

- le numéro de Client MAAF,
- la date d'effet,
- la catégorie d'Assurés (cadres, non cadres, ensemble du personnel, apprentis),
- le niveau des Garanties souscrites,
- le montant de la cotisation,
- les éventuelles dispositions spéciales,
- la liste des documents à fournir lors de l'adhésion.

Le Contrat prend effet à la date indiquée sur les Conditions Particulières et au plus tôt le lendemain de la date de signature du bulletin d'adhésion.

Les Garanties débutent, à l'égard de chaque Bénéficiaire, dès leur admission au Contrat, et ce, quelle que soit l'antériorité de l'affection ayant entraîné les frais engagés postérieurement à la date d'admission. L'admission est conditionnée par la réception des bulletins individuels d'affiliation dûment complétés.

Le Contrat, basé sur les déclarations du Souscripteur et des Assurés, est incontestable dès qu'il a pris existence.

DURÉE DU CONTRAT

Le Contrat est conclu pour une première période expirant au 31 décembre de l'année d'effet.

Il se renouvelle ensuite annuellement à chaque 1^{er} Janvier, par tacite reconduction, sauf résiliation par l'une des parties, (Souscripteur ou Assureur).

Le Souscripteur peut dénoncer le Contrat à l'échéance annuelle par déclaration auprès d'un conseiller (en agence ou téléphone) ou par lettre ou support durable (mail) moyennant le respect d'un préavis de 2 mois avant le 31 décembre de l'année en cours, la date de la notification faisant foi. Le Contrat sera alors résilié le 31 décembre de l'année en cours (à minuit).

Le Souscripteur peut également, à l'expiration d'un délai d'un an à compter de la première souscription, résilier le Contrat à tout moment, sans frais ni pénalités. La résiliation doit être notifiée par déclaration auprès d'un conseiller (en agence ou téléphone) ou par lettre ou support durable (mail). Le Contrat sera alors résilié 1 mois après la réception par l'Assureur de la notification. Dans le cas où vous souhaitez résilier le Contrat afin de souscrire un nouveau contrat auprès d'un autre assureur, ce dernier effectue les formalités nécessaires à l'exercice du droit de résiliation. Vous ne serez alors redevable que de la partie de cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque est couvert, cette période étant calculée jusqu'à la date d'effet de la résiliation. L'Assureur est tenu de rembourser le solde dans un délai de 30 jours à compter de la résiliation.

L'Assureur peut également dénoncer le Contrat en adressant une lettre recommandée en respectant un préavis de 2 mois avant le 31 décembre de l'année en cours, le cachet de la poste ou la preuve du dépôt faisant foi.

Le Contrat peut également prendre fin à l'initiative de l'Assureur en cas de non-paiement des cotisations dues par le Souscripteur.

LE RÈGLEMENT DES PRESTATIONS

Il est remis, à chaque salarié assuré, une attestation permettant la pratique du Tiers-payant. Avant toute dépense, il devra penser à la présenter, elle pourra lui éviter l'avance de certains frais auprès des professionnels de la santé qui l'acceptent et avec lesquels MAAF Santé a des accords. Cette attestation de Tiers payant reste la propriété de MAAF Santé.

Si le salarié n'a pas bénéficié du Tiers-payant sur la part complémentaire et que des prestations restent à sa charge, il devra adresser les justificatifs correspondants à MAAF Santé - Chaban de Chauray - 79036 NIORT Cedex 9, pour en obtenir le remboursement.

L'entreprise s'engage, si l'attestation est en cours de validité, à en assurer la restitution dans le délai de 15 jours suivant le départ du salarié (démission, licenciement, retraite...), ou la résiliation du Contrat.

Dans la mesure où elle n'aura pas respecté son obligation précitée, l'entreprise restituera les sommes payées par MAAF Santé relatives à des soins postérieurs à la cessation des Garanties, à l'exclusion du versement des Prestations immédiates ou différées, acquises ou nées durant la validité du Contrat.

→ CE QUE VOUS DEVEZ SAVOIR

La participation de MAAF Santé s'effectue à partir :

- soit des originaux des bordereaux de remboursement des régimes d'assurance maladie,
- soit des images informatiques télétransmises des bordereaux de remboursement de l'assurance maladie et des factures subrogatoires des fournisseurs pour les prestations supplémentaires (fauteuil roulant, prothèses mammaires et capillaires, appareillages auditifs et grand appareillage),
- soit du justificatif d'évolution de la vue en cas de renouvellement des lunettes dans une période inférieure à 2 ans pour un adulte ou un enfant de plus de 16 ans,
- soit de la facture délivrée par le pharmacien pour la pilule contraceptive, les vaccins et les tests et auto-tests de dépistage non pris en charge par le Régime Obligatoire,
- soit de l'ordonnance du praticien et de la facture du pharmacien pour les substituts nicotiniques et les crèmes solaires,
- soit de la facture délivrée par le praticien pour les Lentilles, les Prothèses dentaires et les Implants dentaires, l'ostéodensitométrie, la diététique, l'ostéopathie, la chiropractie ainsi que l'Orthodontie et la Chirurgie réfractive lorsque ces actes ne sont pas pris en charge par la Sécurité sociale,
- soit de toute facture faisant état de l'achat de préservatifs,
- soit d'un justificatif de naissance pour le versement de la prime naissance.

Les demandes de remboursement doivent, sauf cas de force majeure, être présentées à MAAF Santé dans un délai maximum de deux ans après paiement par le régime d'assurance maladie ou après paiement de la facture ou la réalisation de l'événement.

Le règlement des prestations intervient, lorsque le dossier est complet, au plus tard sous 10 jours à réception des justificatifs.

LES LIMITES DES REMBOURSEMENTS

Si les risques couverts par le présent Contrat sont ou viennent à faire l'objet d'autres assurances, l'Assuré ou ses Ayants droit doivent en faire la déclaration à l'Assureur lors de l'affiliation et pendant toute la durée de celle-ci.

Les Garanties de même nature produisent leurs effets dans la limite de chaque Garantie, quelle que soit leur date de souscription. Dans cette limite, l'Assuré ou ses Ayants droit peuvent obtenir l'indemnisation en s'adressant à l'organisme de leur choix.

Le cumul des remboursements de l'Assureur, du Régime Obligatoire et de tout autre organisme ne peut excéder le montant des frais réellement engagés par l'Assuré ou ses Ayants droit pour les Garanties définies au Contrat, ni les plafonds fixés pour les contrats responsables.

L'Assureur se réserve la faculté de demander la justification de ces frais. Il peut également demander communication des règlements effectués pour les mêmes dépenses par tout contrat d'assurance santé dont bénéficieraient les intéressés.

Dans le cas où les remboursements de l'Assureur, du Régime Obligatoire ou de tout autre organisme assureur excèdent les dépenses réellement engagées, l'Assureur se réserve le droit de demander le remboursement des Prestations indûment versées.

LES OBLIGATIONS DE L'ENTREPRISE

→ Les obligations de l'entreprise, souscriptrice, à l'égard de l'Assureur

Le Souscripteur s'engage à faire parvenir à l'Assureur :

Lors de la prise d'effet du Contrat :

- une liste de tous les membres du personnel pour chaque catégorie de salariés concernée par le Contrat,
- les bulletins individuels d'affiliation régularisés par chacun des membres du personnel accompagnés des pièces nécessaires à l'enregistrement des Assurés (photocopie de l'attestation Vitale papier et RIB pour le versement des Prestations notamment),
- un état nominatif des salariés en arrêt de travail, Et, au fur et à mesure,
- les déclarations relatives aux mouvements du personnel et aux changements de situation professionnelle ou familiale accompagnées, pour chaque nouvelle personne assurée, d'un bulletin individuel précisant les renseignements d'état civil la concernant et indiquant qu'il s'agit d'une modification à apporter au Contrat.

Avant le 1^{er} Novembre de chaque année :

- un certificat de scolarité pour les étudiants,
- une copie du contrat de travail pour les apprentis ou une attestation de scolarité délivrée par le CFA.

L'Assureur ne peut se trouver engagé que par les déclarations et pièces transmises par le Souscripteur.

→ Les obligations de l'entreprise, souscriptrice, à l'égard des Assurés

Le Souscripteur est tenu :

- de remettre aux Assurés une notice d'information détaillée établie par la mutuelle qui définit les Garanties et leurs modalités d'entrée en vigueur ainsi que les formalités à accomplir en cas de sinistre,
- d'informer par écrit les Assurés des modifications apportées à leurs droits et obligations avant l'entrée en vigueur des modifications,
- d'informer les Assurés des évolutions tarifaires annuelles.

La preuve de la remise de la notice aux Assurés et de l'information relative aux modifications contractuelles incombe au Souscripteur.

CE QUE VOUS DEVEZ SAVOIR

LES COTISATIONS

Calcul de la cotisation

Les cotisations à l'adhésion sont fonction des Garanties choisies par l'entreprise souscriptrice, de sa situation géographique, de la moyenne d'âge des salariés assurés et de leur régime d'assurance maladie. Elle est révisable en cours d'année ou à chaque échéance annuelle pour tous les Assurés.

La modification de la cotisation peut avoir pour motif :

- un changement de Régime Obligatoire,
- un changement d'adresse de l'entreprise souscriptrice,
- une modification des tarifs conventionnels ou des remboursements des Régimes Obligatoires,
- un accroissement de la sinistralité générale (fréquence et/ou du coût des sinistres),
- une modification législative ou réglementaire.

Conditions de règlement de la cotisation

A la date d'échéance fixée au 1^{er} janvier, vous devez régler votre cotisation qui comprend notamment :

- la cotisation annuelle proprement dite,
- les frais de fractionnement*,
- les taxes (le détail figure sur votre avis d'échéance).

* Les frais de fractionnement, intégrés dans le montant de votre cotisation, représentent un pourcentage du montant de votre cotisation qui diffère lorsque vous avez souhaité une périodicité de paiement autre qu'annuelle.

Les frais de fractionnement correspondent :

- à 2 % du montant total de votre cotisation proprement dite si vous réglez votre cotisation chaque mois,
- à 1 % en cas de règlement trimestriel.

Les cotisations sont payables soit mensuellement, soit trimestriellement.

La cotisation est payable par l'un des moyens suivants : prélèvement automatique sur compte bancaire (hors Livret d'épargne) ou chèque adressé à MAAF Santé ou remis à votre conseiller, selon le fractionnement choisi.

Pour un règlement trimestriel, les échéances sont fixées au 1^{er} janvier, 1^{er} avril, 1^{er} juillet et 1^{er} octobre.

Elles sont payées directement par l'entreprise souscriptrice qui est seule responsable de leur versement.

Non paiement des cotisations

A défaut de paiement d'une cotisation ou fraction de cotisation due dans les 10 jours de son échéance, et indépendamment du droit pour la mutuelle de poursuivre l'exécution de l'engagement contractuel en justice, la Garantie ne peut être suspendue que 30 jours après la mise en demeure de l'entreprise souscriptrice.

Lors de sa mise en demeure, l'entreprise est informée des conséquences que ce défaut de paiement entraîne sur la poursuite de la Garantie.

Par ailleurs, l'Assuré est informé par l'entreprise souscriptrice qu'à l'expiration du délai prévu à l'alinéa précédent le défaut de paiement de la cotisation par la personne physique ou morale souscriptrice est susceptible d'entraîner la résiliation du Contrat collectif, sauf s'il entreprend de se substituer à l'entreprise souscriptrice pour le paiement des cotisations.

Au cas où la cotisation annuelle a été fractionnée, la suspension de la Garantie, intervenue en cas de non-paiement d'une des fractions de cotisation, produit ses effets jusqu'à l'expiration de la période considérée. La mutuelle résilie le Contrat collectif 10 jours après l'expiration du délai de 30 jours prévu ci-dessus.

Le Contrat collectif non résilié reprend ses effets, à midi, le lendemain du jour où, sauf décision différente de la mutuelle, ont été payées à la mutuelle la (les) cotisation(s) arriérée(s) ou, en cas de fractionnement, les fractions de cotisation ayant fait l'objet de la mise en demeure et celles venues à échéance pendant la période de suspension ainsi que, éventuellement, les frais liés à l'envoi de la lettre recommandée.

LA SUBROGATION

Après remboursement des Prestations de soins dues en fonction des Garanties choisies, nous sommes subrogés dans les droits et actions de l'Assuré / Bénéficiaire victime d'un Accident pour agir contre le tiers responsable, c'est-à-dire que nous disposons auprès du responsable d'une action en remboursement, à due concurrence de la part d'indemnités que nous avons versées à l'Assuré.

Lorsqu'un Bénéficiaire est victime d'un dommage causé par un tiers responsable, l'Assureur doit en être informé lors de la demande des Prestations.

LA PRESCRIPTION

Conformément à l'article L.221-11 du Code de la mutualité, toute action dérivant des opérations régies par le Contrat est prescrite par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

Toutefois, ce délai ne court :

- 1° En cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, du fait du membre participant, que du jour où la mutuelle ou l'union en a eu connaissance ;
- 2° En cas de réalisation du risque, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.

Quand l'action du participant, du Bénéficiaire ou de l'Ayant droit contre la mutuelle ou l'union a pour cause le recours d'un tiers, le délai de prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre le membre participant ou l'ayant droit, ou a été indemnisé par ces derniers.

La prescription est portée à dix ans lorsque, pour les opérations mentionnées au b du 1° du I de l'article L.111-1 du Code de la mutualité, le Bénéficiaire n'est pas le membre

→ CE QUE VOUS DEVEZ SAVOIR

participant et, dans les opérations relatives aux Accidents atteignant les personnes, lorsque les assurés sont les ayants droit du membre participant décédé.

Pour les contrats d'assurance sur la vie, nonobstant les dispositions du 2°, les actions du bénéficiaire sont prescrites au plus tard trente ans à compter du décès du membre participant.

Conformément à l'article L.221-12 du Code de la mutualité, la prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription et par la désignation d'experts à la suite de la réalisation d'un risque. L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée ou d'un Envoi recommandé électronique, avec accusé de réception, adressé par la mutuelle ou l'union au membre participant, en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation, et par le membre participant, le Bénéficiaire ou l'Ayant droit à la mutuelle ou à l'union, en ce qui concerne le règlement de l'indemnité.

Article L.221-12-1 du Code de la mutualité : par dérogation à l'article 2254 du Code civil, les parties à une opération individuelle ou collective ne peuvent, même d'un commun accord, ni modifier la durée de la prescription, ni ajouter aux causes de suspension ou d'interruption de celle-ci.

Causes ordinaires d'interruption de la prescription telles qu'énoncées dans le Code civil :

Article 2240

La reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait interrompt le délai de prescription.

Article 2241

La demande en justice, même en référé, interrompt le délai de prescription ainsi que le délai de forclusion. Il en est de même lorsqu'elle est portée devant une juridiction incompétente ou lorsque l'acte de saisine de la juridiction est annulé par l'effet d'un vice de procédure.

Article 2242

L'interruption résultant de la demande en justice produit ses effets jusqu'à l'extinction de l'instance.

Article 2243

L'interruption est non avenue si le demandeur se désiste de sa demande ou laisse périmer l'instance, ou si sa demande est définitivement rejetée.

Article 2244

Le délai de prescription ou le délai de forclusion est également interrompu par une mesure conservatoire prise en application du code des procédures civiles d'exécution ou un acte d'exécution forcée.

Article 2245

L'interpellation faite à l'un des débiteurs solidaires par une demande en justice ou par un acte d'exécution forcée ou la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait interrompt le délai de prescription contre tous les autres, même contre leurs héritiers. En revanche, l'interpellation faite à l'un des héritiers d'un débiteur solidaire ou la reconnaissance de cet héritier n'interrompt pas le délai de prescription à l'égard des autres cohéritiers, même en cas de créance hypothécaire, si l'obligation est divisible. Cette interpellation ou cette reconnaissance n'interrompt le délai de prescription, à l'égard des autres codébiteurs, que pour la part dont cet héritier est tenu. Pour interrompre le délai de prescription pour le tout, à l'égard des autres codébiteurs,

il faut l'interpellation faite à tous les héritiers du débiteur décédé ou la reconnaissance de tous ces héritiers.

Article 2246

L'interpellation faite au débiteur principal ou sa reconnaissance interrompt le délai de prescription contre la caution.

LA CESSATION DES GARANTIES

A l'égard de chaque salarié assuré, les Garanties cessent :

- soit à la date à laquelle il est radié des listes du personnel ou à la date de la liquidation de la pension de vieillesse, sauf application des dispositions relatives au MAINTIEN DES GARANTIES,
- soit à la date à laquelle le salarié ne fait plus partie de la catégorie assurée,
- soit à la date de résiliation du Contrat (cf. paragraphe DURÉE DU CONTRAT), sauf en ce qui concerne les frais exposés pour des soins engagés antérieurement à cette date et communiqués à l'Assureur dans les délais fixés au paragraphe LE RÈGLEMENT DES PRESTATIONS.

A l'égard des Ayants droit des Assurés :

- à la date de cessation des Garanties de l'Assuré,
- à la date à laquelle ils ne répondent plus aux conditions leur conférant la qualité de Bénéficiaires (cf. paragraphe QUI PEUT ADHÉRER ET ÊTRE ASSURÉ).

En cas de cessation des Garanties, l'Assuré et ses Ayants droit s'engagent à ne plus utiliser l'attestation de Tiers payant fournie par l'Assureur. Ils s'engagent également à restituer à l'Assureur les attestations de Tiers payant et à avertir les professionnels de santé que leur attestation de Tiers payant n'est plus valable et qu'elle ne doit plus être utilisée.

LE MAINTIEN DES GARANTIES

→ Suspension du contrat de travail

■ Maintien obligatoire des Garanties

Les Garanties sont maintenues en cas de suspension du contrat de travail de l'Assuré, si celui-ci bénéficie soit :

- d'un maintien total ou partiel de salaire,
- d'indemnités journalières (ou d'une rente d'invalidité ou d'incapacité) versées par le Régime Obligatoire,
- d'indemnités journalières complémentaires (ou d'une rente d'invalidité ou d'incapacité) financées au moins en partie par le Souscripteur, qu'elles soient versées directement par ce dernier ou pour son compte par l'intermédiaire d'un tiers,
- d'un revenu de remplacement versé par le Souscripteur. Ce cas concerne notamment les salariés placés en activité partielle ou en activité partielle de longue durée, dont l'activité est totalement suspendue ou dont les horaires sont réduits, ainsi que toute période de congés rémunérés par le Souscripteur (reclassement, mobilité...).

CE QUE VOUS DEVEZ SAVOIR

Le maintien est alors assuré pour la durée de la suspension du contrat de travail de l'Assuré, dans les mêmes conditions que celles appliquées aux salariés en activité effective.

■ Maintien facultatif des Garanties

En cas de suspension du contrat de travail de l'Assuré en dehors des cas précités (notamment congé sabbatique, congé pour création d'entreprise, congé parental d'éducation, congé sans solde), **les Garanties sont suspendues de plein droit.**

L'Assureur propose alors un **système de maintien facultatif** de la Garantie souscrite à titre individuel, moyennant le paiement d'une cotisation **entièrement financée par le salarié.** La cotisation mensuelle, calculée sur la base du tarif des actifs, est payable par avance par le salarié par prélèvement automatique ou par virement bancaire.

Si la suspension du contrat de travail intervient **en cours de vie du Contrat**, le salarié devra, pour bénéficier des mêmes Garanties que celles dont il était bénéficiaire au sein de l'entreprise dans le cadre du présent Contrat, en faire la demande **dans le mois qui suit la suspension du contrat de travail.**

Les salariés, affilié à un Régime Obligatoire français, dont le contrat de travail est suspendu **à la date d'effet du Contrat** et qui appartiennent à la catégorie de personnel assuré peuvent également bénéficier des Garanties du Contrat, dans les conditions énoncées ci-avant, **sous réserve qu'ils aient été portés à la connaissance de l'Assureur préalablement à la souscription** du Contrat et que leur bulletin individuel d'affiliation dûment complété et signé ait été transmis préalablement à l'Assureur **dans le mois qui suit la date d'effet du Contrat.** Après acceptation de la demande par l'Assureur, les Garanties prendront effet à la même date que le présent Contrat sous réserve du paiement de la cotisation correspondante.

En plus des cas spécifiés ci-après dans les dispositions communes, la Garantie souscrite à titre individuel peut être résiliée par le salarié dans les conditions suivantes :

- **La Garantie peut être dénoncée par l'Assuré à l'échéance annuelle par déclaration auprès d'un conseiller (en agence ou téléphone) ou par lettre ou support durable (mail) moyennant le respect d'un préavis de 2 mois avant le 31 décembre de l'année en cours, la date d'envoi de la notification faisant foi. Les Garanties seront alors résiliées le 31 décembre de l'année en cours (à minuit).**
- **L'Assuré peut également, à l'expiration d'un délai d'un an à compter de son adhésion, résilier son adhésion à tout moment, sans frais ni pénalités. La résiliation doit être notifiée par déclaration auprès d'un conseiller (en agence ou téléphone) ou par lettre ou support durable (mail). La résiliation prend effet un mois après que l'Assureur en aura reçu notification. Dans le cas où le salarié souhaite résilier son adhésion afin de souscrire un nouveau contrat auprès d'un autre assureur, ce dernier effectue les formalités nécessaires à l'exercice du droit de résiliation. Le salarié ne sera alors redevable que de la partie de cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque est couvert, cette période étant calculée jusqu'à la date d'effet de la résiliation. L'Assureur est tenu de rembourser le solde dans un délai de trente jours à compter de la résiliation.**

Dans les deux cas susvisés, la résiliation est définitive pendant toute la durée de la suspension du contrat de travail.

■ Dispositions communes : durée du maintien

La Garantie cesse pour chaque Assuré et ses Ayants droit :

- **si la cotisation les concernant n'est plus réglée,**
- **s'ils ne figurent plus sur le bordereau trimestriel fourni par le Souscripteur,**
- **à la date à laquelle l'Assuré cesse d'appartenir à la catégorie de personnel assuré visée aux Conditions particulières,**
- **à la date de rupture du contrat de travail de l'Assuré, quel qu'en soit le motif,**
- **le jour de la liquidation normale ou anticipée de la pension d'Assurance Vieillesse du salarié d'un Régime Obligatoire quel qu'en soit le motif,**
- **au jour de la résiliation du Contrat. Dès que le Contrat est résilié, il ne peut être maintenu dans ses effets à titre individuel,**
- **à la date à laquelle le salarié cesse d'être couvert par le Contrat collectif à adhésion obligatoire,**
- **en cas de décès de l'Assuré,**
- **et en tout état de cause, dans les conditions prévues aux présentes Conditions générales.**

➡ Rupture ou fin de contrat de travail ouvrant droit à portabilité

Les Garanties Frais de santé en vigueur dans l'entreprise sont maintenues, conformément aux dispositions prévues à l'article L 911-8 du Code de la Sécurité sociale, au profit des anciens salariés pris en charge par le régime d'assurance chômage.

Tant que le présent Contrat est en cours, bénéficiant de ce maintien les anciens salariés justifiaient cumulativement :

- de la rupture (hors licenciement pour faute lourde) ou de la fin de leur contrat de travail postérieurement à la date d'effet du Contrat,
- de l'ouverture de leurs droits à couverture chez le Souscripteur avant la rupture ou la fin de leur contrat de travail,
- de l'ouverture de leurs droits à Pôle emploi. L'ancien salarié devra mensuellement, fournir ce justificatif à l'Assureur. A défaut, aucune Garantie ne sera due.

Conformément aux dispositions de l'article L.911-8 du Code de la Sécurité sociale, **le Souscripteur signale le maintien des Garanties dans le certificat de travail** et informe l'Assureur de la cessation du contrat de travail.

Prise d'effet et durée du maintien

Le dispositif de portabilité entre en application à la date de cessation du contrat de travail sous réserve que le salarié ait fourni le justificatif de sa prise en charge par l'assurance chômage (attestation Pôle emploi).

L'ancien salarié éligible à la portabilité bénéficie d'une prise en charge pour une durée égale à celle de son dernier contrat de travail, ou, le cas échéant, des derniers contrats de travail lorsqu'ils sont consécutifs chez le même employeur.

Cette durée est appréciée en mois et le cas échéant, arrondie au nombre supérieur, dans la limite de **12 mois.**

La suspension temporaire des allocations chômage, par exemple en cas d'arrêt Maladie, n'a pas d'incidence sur le

➔ CE QUE VOUS DEVEZ SAVOIR

calcul de la durée du maintien. En effet, celle-ci n'est pas prolongée de la durée de la suspension.

Les Garanties maintenues sont celles décrites par le Contrat et suivront si il y a lieu l'évolution des Garanties des salariés actifs de l'entreprise.

Pour cela, l'Assuré devra fournir à l'Assureur les justificatifs suivants :

- une copie de la lettre de licenciement ou du contrat de travail pour les anciens salariés en contrat à durée déterminée,
- à chaque indemnisation, une copie de la prise en charge de l'assurance chômage mentionnant la durée d'indemnisation,
- toute pièce complémentaire demandée par l'Assureur.

Les Ayants droit de l'ancien salarié précédemment couverts au titre du Régime bénéficiant également du maintien des Garanties et ce tant que l'ancien salarié ouvre droit à la portabilité.

Cessation du dispositif de maintien des Garanties

Le maintien des Garanties cesse pour l'ancien salarié :

- au terme de la période de portabilité et en tout état de cause après un délai maximum de 12 mois,
- à la date de reprise d'une activité professionnelle par l'ancien salarié,
- dès lors que l'ancien salarié perçoit une retraite versée par le Régime Obligatoire,
- en cas de non renouvellement ou de résiliation du présent Contrat quel qu'en soit le motif,
- à la date de cessation du versement des allocations chômage ou dès lors que l'ancien salarié ne justifie plus de son indemnisation par Pôle emploi.
- en cas de décès.

L'ancien salarié est tenu d'informer l'Assureur de tout événement entraînant la fermeture de ses droits à Pôle emploi (reprise d'emploi, radiation...).

Le maintien des Garanties cesse pour les Ayants droit :

- lorsque l'Assuré n'ouvre plus droit à la portabilité,
- dès lors que les Ayants droit ne répondent plus à la définition des Ayants droit telle que précisée dans les présentes Conditions générales.

Financement de la portabilité

Le maintien des Garanties est assuré à titre gratuit c'est à dire qu'aucune cotisation de la part de l'ancien salarié n'est exigée. Le financement de la portabilité est financé par un mécanisme de mutualisation et est ainsi inclus dans les cotisations obligatoires des salariés en activité dans l'entreprise.

Versement des Prestations

Les Prestations sont versées dans les mêmes conditions que celles prévues pour les salariés en activité.

Le versement de toute Prestation est subordonné à la production du justificatif d'ouverture des droits au régime d'assurance chômage.

Titulaires d'une rente d'incapacité, d'invalidité, d'une pension de retraite ou d'un revenu de remplacement ; Ayant droit d'un Assuré décédé

Les Assurés qui se trouvent dans l'une des situations énoncées ci-après, à l'issue de la rupture de leur contrat de travail et éventuellement de la période de portabilité quand elle s'applique, peuvent conserver les Garanties frais de santé prévues par les Conditions particulières, moyennant le paiement des cotisations correspondantes et à condition :

- d'en faire la demande dans les six mois qui suivent la fin des Garanties antérieures,
- d'adhérer à titre individuel au régime des anciens salariés.

Conformément aux dispositions de l'article 4 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989, ce maintien s'applique :

- sans condition de durée, aux anciens salariés bénéficiaires :
 - d'une rente d'Incapacité ou d'Invalidité de la Sécurité sociale,
 - d'une pension de retraite servie par un Régime Obligatoire de base d'assurance vieillesse,
 - d'un revenu de remplacement s'ils sont privés d'emploi.
- pendant une durée de 12 mois, à compter du décès, au profit des Ayants droit du salarié décédé, précédemment assuré dans le cadre du Contrat, sous réserve d'en faire la demande dans les six mois suivant le décès.

Le Souscripteur s'engage à communiquer à l'Assureur toute rupture du contrat de travail ou décès d'un Assuré, dans les 15 jours suivant cet événement ainsi que, le nom des Assurés dont le contrat de travail a été rompu avec indication du motif et de la date de cessation du contrat de travail.

Les tarifs applicables tiendront compte de la réglementation en vigueur à la date d'effet du maintien.

➔ LES DISPOSITIONS GÉNÉRALES

➔ Le droit applicable (article L225-2 du Code de la mutualité)

La langue et la loi qui sont applicables entre vous et nous sont françaises.

Ce contrat est régi par le Code de la Mutualité, l'autorité chargée du contrôle de votre mutuelle est l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR), 4 Place de Budapest - CS 92459 - 75436 PARIS CEDEX 09.

➔ Litiges

En cas de difficulté relative à l'application du Contrat, le Souscripteur, les Bénéficiaires s'engagent à tenter de résoudre le litige à l'amiable avant d'avoir recours si nécessaire à une procédure contentieuse.

➔ CE QUE VOUS DEVEZ SAVOIR

■ Informations sur le Contrat

Lorsque le Souscripteur ou les Bénéficiaires souhaitent obtenir des précisions sur les clauses et conditions d'application du Contrat, notamment au moment de leur affiliation, ils peuvent s'adresser en priorité à leur conseiller MAAF ou à défaut à MAAF SANTE, assureur du contrat.

■ Réclamations

Une Réclamation est un acte par lequel vous manifestez votre Mécontentement. N'est pas une Réclamation, une demande de service ou de Prestation, une demande d'information, de clarification ou une demande d'avis.

La Réclamation : comment réclamer ?

Rapprochez-vous de votre conseiller. Il analysera avec vous l'origine du problème et mettra tout en œuvre pour vous apporter une réponse dans les meilleurs délais.

Si votre Réclamation est formulée à l'oral et que vous n'obtenez pas entière satisfaction, vous serez invités à la formaliser par courrier à l'adresse suivante :

MAAF Assurances
Réclamations
Chaban de Chauray – 79036 – NIORT CEDEX 09

Vous recevrez un accusé de réception sous 10 jours ouvrables maximum à compter de l'envoi de votre Réclamation écrite sauf si une réponse vous est apportée dans ce délai.

Nous nous engageons à vous apporter une réponse écrite dans un délai maximum de 2 mois à compter de l'envoi de votre Réclamation écrite.

En tout état de cause, 2 mois après l'envoi de votre première Réclamation écrite, que nous ayons ou pas répondu, vous pouvez saisir gratuitement le Médiateur de l'assurance :

- Sur le site www.mediation-assurance.org. Vous disposez d'un formulaire en ligne « Je saisis le médiateur » ;
- Par courrier, à l'adresse suivante : La Médiation de l'Assurance - TSA 50110 – 75441 PARIS CEDEX 09.

Vous disposez d'un délai d'un an à compter de votre Réclamation écrite pour saisir le Médiateur de l'assurance.

Dans tous les cas, vous conservez la faculté de saisir le tribunal compétent.

➔ Protection des données personnelles

Le Souscripteur et l'Assureur s'engagent au respect de toutes dispositions légales ou réglementaires, nationales, supranationales et internationales, relatives au traitement de données à caractère personnel qui leur seraient applicables, et notamment le Règlement (UE) 2016/679 du Parlement européen et du Conseil du 27 avril 2016 relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données.

L'Assureur est responsable des traitements de Données personnelles concernant les Bénéficiaires qui sont utilisées dans le cadre de la passation, la gestion et l'exécution du Contrat.

Ces informations peuvent faire l'objet de traitements afin de :

- conclure, gérer et exécuter les garanties de votre contrat d'assurance ;
- réaliser des opérations de prospection commerciale ;
- réaliser des sondages et enquêtes de satisfaction
- permettre l'exercice des recours et la gestion des réclamations ;
- conduire des actions de recherche et de développement ;
- mener des actions de prévention ;
- élaborer des statistiques et études actuarielles ;
- lutter contre la fraude à l'assurance ;
- mener des actions de lutte contre le blanchiment et le financement du terrorisme ;
- exécuter ses obligations légales, réglementaires et administratives en vigueur
- effectuer des écoutes et enregistrements téléphoniques de manière non systématique, aux fins d'amélioration de la qualité de service, de formation et d'évaluation des collaborateurs.

Le Souscripteur est responsable des traitements qu'il met en œuvre pour son propre compte. Par ailleurs, il collecte et il transmet à l'Assureur, et au Groupe Covéa auquel il appartient, les données à caractère personnel strictement nécessaires au traitement concerné, et s'engage à mettre en œuvre les mesures techniques et organisationnelles appropriées afin de garantir un niveau de sécurité adapté aux circonstances.

Dans le cas où l'une des parties au Contrat recevrait une demande d'une personne concernée qui devrait être traitée par l'autre partie en tant que responsable de traitement, cette première partie s'engage à la transmettre à l'autre dans les plus brefs délais afin de lui permettre de respecter ses obligations en tant que responsable de traitement.

Pour faciliter la lecture, certains termes signalés par une majuscule dans les différents articles de ce document (à l'exclusion des pages 9 à 15 portant sur les garanties Assistance Santé à domicile) sont définis ci-après.

Accident : Toute atteinte à l'intégrité physique, non intentionnelle et provenant de l'action fortuite, soudaine, violente et imprévisible d'une cause extérieure à l'Assuré.

Actes cliniques : Consultations et visites de médecins généralistes ou spécialistes, y compris stomatologues et nutritionnistes.

Acte de mise en place (article L.911-1 du Code de la Sécurité sociale) : Convention ou accord collectif, projet d'accord soumis au vote de la majorité du personnel, ou décision unilatérale de l'employeur à l'origine de la mise en place du Régime.

Actes techniques médicaux : Actes médicaux (hors diagnostic) réalisés par les médecins et remboursés par le Régime Obligatoire.

Aides auditives : Dispositifs médicaux visant à compenser une perte auditive. Ils sont exclusivement délivrés par des audioprothésistes, sur prescription médicale. La prise en charge des Aides auditives comprend le remboursement de l'équipement et de toutes les prestations qui y sont liées (évaluation des besoins, choix de l'appareil, adaptation et réglages, accompagnement à l'utilisation, contrôle et suivi tout au long de l'utilisation de l'appareil) ainsi que des frais de dossier administratifs.

Selon les recommandations professionnelles, pour une bonne utilisation des Aides auditives, une visite de contrôle doit être réalisée deux fois par an ; elle est incluse dans le prix global déjà payé.

Ambulatoire : Hospitalisation dans un établissement de santé ou actes dispensés en cabinet médical, le patient arrivant et repartant le jour même.

Analyses et examens de laboratoire : Il s'agit de l'ensemble des examens (prélèvements, analyses...), généralement réalisés par un laboratoire d'analyses de biologie médicale. La plupart des actes de biologie médicale sont remboursés par le Régime Obligatoire.

Assureur (mutuelle) : désigne MAAF SANTE.

Assuré : Membre du personnel ou ancien salarié du Souscripteur relevant de la catégorie de personnel assuré, qui s'affilie au présent Contrat en signant une demande individuelle d'affiliation, et sur la tête duquel repose le risque.

Ayant droit : Personne pouvant bénéficier des Garanties en raison de ses liens familiaux avec l'Assuré, selon la définition exposée dans le paragraphe « Qui peut adhérer et être assuré » des présentes Conditions générales.

Base de remboursement (BR) : Tarif servant de référence au Régime Obligatoire pour déterminer le montant de son remboursement. On parle de :

- Tarif de convention (TC) lorsque les actes sont effectués par un professionnel de santé conventionné avec le Régime Obligatoire. Il s'agit d'un tarif fixé par une convention signée entre le Régime Obligatoire et les représentants de cette profession.

- Tarif d'autorité (TA) lorsque les actes sont effectués par un professionnel de santé non conventionné avec le Régime Obligatoire. Il s'agit d'un tarif forfaitaire qui sert de Base de remboursement.

- Tarif de responsabilité (TR) ou Tarif forfaitaire de responsabilité (TFR) pour les Médicaments, appareillages et autres biens médicaux.

Bénéficiaire : Assuré, ainsi que ses éventuels Ayants droit sous réserve du respect des dispositions prévues dans les présentes Conditions générales.

Chambre particulière : Cette Prestation, proposée par les établissements de santé, permet à un patient hospitalisé d'être hébergé dans une chambre individuelle (pour une personne).

La chambre individuelle est facturable au patient lorsqu'il demande expressément à être hébergé en chambre individuelle. La chambre individuelle n'est pas facturable lorsque la prescription médicale impose l'isolement, comme par exemple dans un établissement psychiatrique ou de soins de suite. Une Chambre particulière peut être facturée à l'occasion d'une Hospitalisation Ambulatoire. Le coût de la chambre individuelle varie selon les établissements et les services.

Chirurgie Ambulatoire : C'est la chirurgie réalisée à l'occasion d'une Hospitalisation de moins de 24 heures dans un établissement de santé (sans nuitée donc) ou en cabinet médical, le patient arrivant et repartant le jour même.

Chirurgie réfractive (chirurgie de l'œil) : Différentes techniques chirurgicales (notamment l'opération de la myopie au laser, qui est la plus fréquente) permettent de corriger les défauts visuels.

Le Régime Obligatoire ne prend pas en charge ces opérations. La Chirurgie réfractive comprend les opérations de la myopie, de la presbytie, de l'astigmatisme, de l'hypermétropie... **En revanche, la cataracte n'est pas incluse dans la Chirurgie réfractive.**

Contrat : Contrat collectif à adhésion obligatoire souscrit par le Souscripteur auprès de MAAF SANTE.

Il est composé :

- des présentes Conditions générales,
- des Conditions particulières signées par le Souscripteur et l'Assureur qui viennent préciser notamment la date d'effet du Contrat, les caractéristiques de la catégorie de personnel assuré, les Garanties choisies applicables et les cotisations correspondantes.

Contrat "responsable et solidaire" - couverture minimale - : les Garanties définies par le présent Contrat sont prises en charge conformément aux dispositions relatives aux contrats dits "responsables" telles que définies à l'article L.871-1 du Code de la Sécurité sociale et à la couverture minimale prévue à l'article L.911-7 du Code de la Sécurité sociale, ainsi que par leurs textes d'application.

Dans ce cadre, les remboursements indiqués dans le Tableau des Garanties peuvent donner lieu à une majoration ou une minoration de manière à respecter les minima ou les maxima prévus dans le cadre du contrat responsable (article L.871-1 du Code de la Sécurité sociale).

Ainsi, l'Assureur prend obligatoirement en charge :

- le Ticket modérateur pour l'ensemble des dépenses de santé, à l'exception des frais de cures thermales, des

Médicaments remboursés dont le Service médical rendu a été classé faible ou modéré. Il couvre notamment à hauteur du Ticket modérateur l'ensemble des actes de prévention pris en charge par le Régime Obligatoire,

- l'intégralité du Forfait journalier hospitalier des établissements hospitaliers sans limitation de durée. **Cette obligation ne concerne pas le forfait journalier des établissements médico-sociaux, tels que les maisons d'accueil spécialisées (MAS) ou encore les établissements d'hébergement pour personnes dépendantes (EHPAD), ni les frais de cure thermique,**
- l'intégralité, après intervention du Régime Obligatoire, des Lunettes, Prothèses dentaires, Aides auditives appartenant à une liste réglementée dite « 100 % Santé » (ou Équipements 100 % Santé ou Soins et Prothèses 100 % Santé), dans la limite des Honoraires limites de facturation ou des Prix limites de vente, sous réserve du respect des règles légales de renouvellement,
- les équipements d'optique médicale à prise en charge libre (ou Équipements à prise en charge libre), dans le respect des planchers et plafonds de remboursement prévus par la réglementation et des règles légales de renouvellement,
- les Aides auditives à prise en charge libre (ou Équipements à prise en charge libre) dans le respect de la prise en charge minimale du Ticket modérateur et des plafonds de remboursement prévus par la réglementation et des règles légales de renouvellement,
- les Prothèses dentaires à prise en charge libre (n'appartenant pas aux « Soins et Prothèses 100 % Santé ») ou l'Orthodontie prises en charge par le Régime Obligatoire, dans le respect du plancher de remboursement prévu par la réglementation.

Conformément à l'article L.871-1 du Code de la Sécurité sociale, l'Assureur permet aux Bénéficiaires d'accéder au Tiers payant (dispense d'avance de frais) sur toutes les Garanties prévues à titre obligatoire par la réglementation applicable aux contrats dits « responsables » sous réserve que les professionnels de santé le pratiquent :

- au moins à hauteur des Tarifs de responsabilité,
- à hauteur des frais exposés par le Bénéficiaire, dans la limite des Prix limites de vente pour les Équipements 100 % Santé optique et auditif, et dans la limite des Honoraires limites de facturation pour les Soins et prothèses dentaires 100 % Santé.

Dès lors que le Contrat frais de santé prévoit une prise en charge au-delà du Ticket modérateur, l'Assureur plafonne le montant de ses remboursements concernant les Dépassements d'honoraires pris par les professionnels de santé n'ayant pas adhéré à l'un des Dispositifs de Pratiques Tarifaires Maîtrisées.

En particulier, sont exclus de la prise en charge :

- **la majoration du Ticket modérateur en cas de non-respect du Parcours de soins coordonnés (absence de désignation du Médecin traitant, consultation d'un autre médecin sans coordination du Médecin traitant),**
- **les Dépassements d'honoraires sur les Actes techniques médicaux et les Actes cliniques lorsque le Bénéficiaire ne respecte pas le Parcours de soins coordonnés, à hauteur du montant du dépassement autorisé sur les Actes techniques médicaux et les Actes cliniques,**
- **la Participation forfaitaire d'un euro pour les actes et consultations réalisés par un médecin, en ville, dans un**

établissement ou un centre de santé (hors Hospitalisation) et pour les actes de biologie, ainsi que les examens d'Imagerie médicale (article L.160-13 du Code de la Sécurité sociale),

- **la Franchise médicale appliquée sur les Médicaments délivrés hors Hospitalisation, les actes paramédicaux en ville ou en établissement ou en centre de santé (hors Hospitalisation) et le Transport sanitaire à l'exception des transports d'urgence.**

Toute modification législative ou réglementaire ultérieure concernant le caractère responsable du Contrat sera automatiquement intégrée au Contrat pour prendre effet à la date où elle doit s'appliquer.

Par «**solidaire**» on entend, un contrat dont les cotisations ne sont pas fixées en fonction de l'état de santé de l'assuré.

Dépassements d'honoraires : Part des Honoraires qui se situe au-delà de la Base de remboursement du Régime Obligatoire et qui n'est jamais remboursée par ce dernier. Le Contrat peut prendre en charge tout ou partie des dépassements, si ses Garanties le prévoient, dans les limites fixées par le cahier des charges des contrats dits « responsables ».

Synonyme : dépassements

Dispense d'affiliation : Faculté pour le salarié et éventuellement ses Ayants droit, de ne pas être affilié au Contrat conformément aux dispositions légales ou réglementaires ainsi que celles éventuellement prévues dans l'Acte de mise en place du Régime.

Dispositifs de Pratiques Tarifaires Maîtrisées (D.P.T.M) : Il s'agit de dispositifs négociés par l'Assurance Maladie et les syndicats médicaux visant à modérer les Dépassements d'honoraires. Exemples de dispositifs : Option Pratique Tarifaire Maîtrisée (OPTAM) et Option Pratique Tarifaire Maîtrisée Chirurgie Obstétrique (OPTAM-CO). Ils remplacent le Contrat d'accès aux Soins (CAS) depuis le 01/01/2017.

Envoi recommandé électronique : Désigne la lettre recommandée électronique, conforme au dispositif prévu par la loi, qui apporte les mêmes garanties que la lettre recommandée papier.

Ce dispositif impose à un tiers opérateur, chargé de l'acheminement de la lettre recommandée électronique, d'identifier l'expéditeur au moment de l'envoi, puis le destinataire de la lettre au moment de sa remise. Il impose également la délivrance à l'expéditeur d'une preuve du dépôt électronique de la lettre et permet au destinataire de l'accepter ou de la refuser ou de simplement ne pas la réclamer.

Équipements 100 % Santé ou Soins et Prothèses 100 % Santé : Les Bénéficiaires peuvent bénéficier de certaines prestations d'optique, d'Aides auditives et de Prothèses dentaires, intégralement remboursées par le Régime Obligatoire et le Contrat, donc sans frais restant à leur charge, sous réserve que les professionnels de santé respectent les tarifs maximum fixés.

Ces soins identifiés (appelés aussi « paniers 100 % Santé » ou « paniers à prise en charge renforcée ») sont définis réglementairement. Les opticiens, audioprothésistes et chirurgiens-dentistes fixent leur prix dans la limite de plafonds prédéfinis et s'engagent à respecter les conditions de l'offre « 100 % Santé ».

La différence entre le prix facturé par l'opticien, l'audioprothésiste ou le chirurgien-dentiste, et le montant remboursé par le Régime Obligatoire est remboursée par le Contrat. Cette prise en charge par le Régime Obligatoire et le Contrat est plafonnée aux Honoraires limites de facturation ou aux Prix limites de vente.

Les opticiens et les audioprothésistes sont tenus de proposer un équipement du panier « 100 % Santé » et d'établir un devis faisant systématiquement apparaître un équipement de l'offre « 100 % Santé ».

Les chirurgiens-dentistes ont quant à eux l'obligation, lorsqu'ils proposent à leur patient la réalisation d'un acte en dehors du panier « 100 % Santé », de leur proposer également une alternative thérapeutique prévue dans le panier « 100 % Santé », chaque fois qu'une telle alternative existe, ou à défaut, de leur proposer une alternative avec un Reste à charge maîtrisé. Les chirurgiens-dentistes sont également tenus de remettre un devis au patient pour les Prothèses dentaires.

Forfait journalier hospitalier : somme due pour tout séjour hospitalier d'une durée supérieure à 24h dans un établissement de santé. Il s'agit d'une participation forfaitaire du patient aux frais d'hébergement et d'entretien entraînés par son Hospitalisation.

Ce forfait n'est pas remboursé par le Régime Obligatoire.

Certains patients en sont dispensés (personnes hospitalisées à la suite d'un Accident du travail ou pour une Maladie professionnelle, personnes soignées dans le cadre d'une Hospitalisation à domicile, femmes au cours des derniers mois de leur grossesse...).

Forfait patient urgences : Participation forfaitaire laissée à la charge de l'Assuré pour tout passage non programmé dans les services d'urgences d'un établissement de santé lorsque ce passage n'est pas suivi d'une Hospitalisation dans un service de médecine, de chirurgie, d'obstétrique ou d'odontologie de l'établissement (article L.160-13 du Code de la Sécurité sociale).

Frais d'accompagnant : frais correspondant aux facilités (lit, repas) mises à disposition d'une personne qui accompagne un patient hospitalisé et reste auprès de lui le temps de l'Hospitalisation (par exemple, un parent en cas d'Hospitalisation de l'enfant). Ces frais facturés par l'hôpital ou la clinique ne sont pas remboursés par le Régime Obligatoire, mais peuvent en revanche être pris en charge par certaines complémentaires santé.

Synonymes : frais d'accompagnement, lit d'accompagnant, repas d'accompagnant.

Frais de séjour : frais facturés par un établissement de santé pour couvrir les coûts du séjour, c'est-à-dire l'ensemble des services mis à la disposition du patient : plateau technique, personnel soignant, Médicaments, examens de laboratoire, produits sanguins, prothèses, hébergement, repas... En fonction du statut de l'établissement, ces Frais de séjour peuvent ne pas inclure les Honoraires médicaux et paramédicaux, qui seront alors facturés à part.

Les Frais de séjour sont pris en charge par l'assurance maladie obligatoire au taux de 80 % (ou de 100 % dans certains cas : actes coûteux notamment), le solde étant généralement remboursé par l'assurance maladie complémentaire.

Frais réels : Dépenses réellement payées par les Bénéficiaires de la Garantie pour leurs dépenses de santé.

Franchise médicale : Somme déduite des remboursements effectués par le Régime Obligatoire sur les Médicaments, les actes paramédicaux et les Transports sanitaires.

Son montant est de :

- 0,50 euros par boîte de Médicaments ;
- 0,50 euros par acte paramédical ;
- 2 euros 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 2 € par jour sur les actes paramédicaux et pas plus de 4 € par jour pour les Transports sanitaires.

Certaines personnes en sont exonérées : jeunes de moins de 18 ans, bénéficiaires de la Complémentaire santé solidaire et de l'Aide Médicale de l'Etat, femmes enceintes (du 1^{er} jour du 6^{ème} mois de grossesse et jusqu'au 12^{ème} jour après l'accouchement), les victimes d'un acte de terrorisme pour les frais de santé en rapport avec cet événement.

La Franchise médicale n'est pas remboursée par l'Assureur.

Garantie : C'est l'engagement de l'Assureur, en contrepartie d'une cotisation convenue d'avance, à assurer la prise en charge totale ou partielle de certains postes de dépenses qui composent la couverture complémentaire santé à un niveau défini à l'avance dans les documents contractuels du Contrat.

Honoraires (ou Honoraires médicaux) : Il s'agit de la rémunération d'un professionnel de santé libéral. Les Honoraires peuvent être perçus dans un établissement hospitalier (en clinique ou dans le cadre du secteur privé à l'hôpital) ou dans un cabinet en ville. Les Honoraires médicaux (perçus par les médecins et les sages-femmes) se distinguent des Honoraires paramédicaux.

Honoraires de dispensation : Rémunération du pharmacien d'officine destinée à valoriser la dispensation d'un Médicament qui comprend l'analyse pharmaceutique de l'ordonnance, la préparation éventuelle des doses à administrer, les conseils aux patients.

Ces honoraires sont pris en charge partiellement ou totalement par le Régime Obligatoire et par le Contrat (prise en charge du Ticket modérateur) à condition que la délivrance fasse suite à une prescription médicale de Médicaments remboursables.

Honoraires limites de facturation : Montant maximum pouvant être facturé par un chirurgien-dentiste conventionné avec le Régime Obligatoire pour un acte donné. On parle également de « tarifs plafonnés ».

Des Honoraires limites de facturation sont appliqués à certaines Prothèses dentaires, dont en particulier celles contenues dans les « Soins et Prothèses 100 % Santé ».

Honoraires paramédicaux : Honoraires des professionnels paramédicaux, à savoir principalement les infirmiers, masseurs, kinésithérapeutes, orthophonistes, orthoptistes, pédicures-podologues.

Hospitalisation : L'Hospitalisation désigne généralement un séjour dans un établissement de santé en vue du traitement médical.

L'Hospitalisation Ambulatoire recouvre les séjours sans nuitée tant pour de la chirurgie que pour des actes de médecine (dialyse,...). L'Hospitalisation à domicile (HAD) constitue une alternative à l'Hospitalisation classique, et permet d'assurer des soins chez le patient.

I**magerie médicale :** L'Imagerie médicale est utilisée à des fins cliniques afin de pouvoir proposer un diagnostic ou un traitement. Il existe plusieurs techniques d'Imagerie médicale : radiologie, échographie, imagerie par résonance magnétique (IRM), endoscopie, scanner, laser...

Implant dentaire : L'implantologie dentaire vise à remplacer une ou plusieurs dents manquantes en mettant en place une ou des racines artificielles dans l'os de la mâchoire, sur lesquelles sont fixées une ou plusieurs prothèses.

L'implantologie n'est pas remboursée par le Régime Obligatoire (sauf pathologies très particulières).

Le chirurgien-dentiste est tenu de remettre un devis avant de poser un Implant dentaire. Ce devis doit notamment comporter le prix d'achat de chaque élément de l'Implant et le prix des prestations associées à sa pose.

Inlay core

Dispositif prothétique servant de support pour la mise en place d'une couronne. Il est nécessaire lorsque la dent est très délabrée.

Cet acte est pris en charge intégralement par les contrats santé dits « responsables », en sus du remboursement du Régime Obligatoire, lorsqu'il est associé à une Prothèse dentaire relevant du panier « 100% Santé », dans la limite du tarif maximal défini pour cet acte.

Inlays Onlays : Traitement prothétique permettant de reconstruire la dent tout en la gardant vivante. Dans le cas de caries de volume important, la réalisation d'un Inlay ou d'un Onlay permet souvent d'éviter de réaliser une couronne.

Différents matériaux peuvent être utilisés (en métal, en composite ou en céramique).

L**entilles :** Les Lentilles de contact sont des prothèses optiques corrigeant des défauts visuels, posées sur la cornée. Le Régime Obligatoire ne rembourse les Lentilles de contact que pour certains défauts visuels.

Lunettes : Les Lunettes sont composées d'une monture et de deux verres. Elles permettent de corriger la plupart des problèmes de vue (myopie, hypermétropie, astigmatisme, presbytie).

Le prix des verres varie selon leur nature et leur puissance (verres unifocaux ou multifocaux, verres progressifs), la qualité et les traitements appliqués aux verres (verres amincis, traitements antireflets ou anti-rayures, verres incassables...).

Les Équipements 100 % Santé sont intégralement remboursés par le Régime Obligatoire et le Contrat dans la limite des Prix limite de vente qui s'imposent aux opticiens.

Dans les autres cas, les opticiens fixent librement le tarif des montures et des verres. La prise en charge par le Contrat intervient selon les Garanties souscrites et dans la limite des plafonds prévus par les contrats dits « responsables ».

Pour les Bénéficiaires de plus de 16 ans, le renouvellement de la prise en charge intervient après une période minimale de 2 ans, sauf variation significative de la vue ou en cas de situation médicale particulière.

Les opticiens ont l'obligation de remettre aux Bénéficiaires un devis préalable à la vente comportant le prix de la monture et de chaque verre, ainsi que le remboursement de ceux-ci par le Régime Obligatoire. Ce devis doit nécessairement comporter une proposition de prestation sans Reste à charge pour un Équipement 100 % Santé.

M**aladie :** Toute altération de santé constatée par une autorité médicale compétente et ouvrant éventuellement droit aux prestations du Régime Obligatoire.

Matériel médical : Ce sont les biens médicaux figurant sur la liste des produits et prestations (LPP) remboursables par le Régime Obligatoire.

Il s'agit notamment de matériels d'aides à la vie ou nécessaires à certains traitements : pansements, orthèses, attelles, prothèses externes, fauteuils roulants, lits médicaux, béquilles...

Synonymes: appareillage (petit ou grand).

Mécontentement : incompréhension du Souscripteur, d'un Bénéficiaire, ou désaccord, sur la réponse ou la solution apportée, avec manifestation d'un sentiment d'injustice subie, exprimée dans le cadre d'une Réclamation. L'injure ou l'insulte ne sont pas considérées contractuellement comme l'expression d'un Mécontentement.

Médecin traitant – correspondant :

■ Médecin traitant : Dans le cadre du Parcours de soins coordonnés, le Médecin traitant, choisi par l'assuré social, est consulté en priorité par ce dernier et le suit tout au long de son Parcours de soins. Il oriente le patient, en cas de besoin, vers un autre praticien, le Médecin correspondant.

■ Médecin correspondant : Dans le cadre du Parcours de soins coordonnés, le Médecin correspondant est celui vers lequel le Médecin traitant oriente le patient pour avis. Il peut également assurer des soins programmés avec le Médecin traitant ou prendre en charge des séquences de soins spécialisés nécessitées par l'état de santé du patient.

Médicaments : Les Médicaments disponibles en pharmacie sont classés en catégories correspondant à différents niveaux de prise en charge.

Il existe 4 Taux de remboursement des Médicaments :

- 100 % pour les Médicaments reconnus comme irremplaçables et coûteux ;
- 65 % pour les Médicaments dont le Service médical rendu est majeur ou important (90 % pour le régime Alsace Moselle) ;
- 30 % pour les Médicaments dont le Service médical rendu est modéré et pour certaines préparations magistrales (80 % pour le régime Alsace Moselle) ;
- 15 % pour les Médicaments à Service médical rendu faible.

Les montants et Taux de remboursement sont communiqués par le pharmacien lors de la délivrance. Ils sont inscrits sur la facture remise par le pharmacien.

Un Médicament doit avoir fait l'objet d'une autorisation de mise sur le marché (AMM).

Certains Médicaments ne peuvent être délivrés que sur prescription médicale. D'autres peuvent être délivrés par votre pharmacien sans prescription (Médicaments dits à « prescription médicale facultative »). Le Régime Obligatoire ne rembourse que les Médicaments ayant fait l'objet d'une prescription médicale.

Les prix des Médicaments non remboursables par le Régime Obligatoire sont libres et peuvent varier d'une pharmacie à l'autre.

Niveau de Garanties : Ensemble des Garanties auxquelles une cotisation donne droit.

NOEMIE : NOEMIE est le nom donné à la norme d'échange entre le Régime Obligatoire et l'Assureur.

C'est par ce moyen que le Régime Obligatoire transmet aux organismes complémentaires les informations nécessaires au remboursement d'un Bénéficiaire.

O **Orthodontie :** discipline médicale pratiquée par les médecins stomatologues ou les chirurgiens dentistes. Elle vise à corriger ou prévenir les déformations et les malocclusions des arcades dentaires ainsi que les malpositions dentaires (les dents qui se chevauchent, qui sortent mal, qui sont mal placées ou trop espacées...) grâce à des appareils dentaires. L'assurance maladie obligatoire prend partiellement en charge le traitement des enfants de moins de 16 ans. Ses remboursements ne permettent pas de couvrir l'intégralité des frais d'un traitement d'Orthodontie, d'autant plus que les Dépassements d'honoraires sont fréquents. Il est important d'obtenir un devis avant de commencer le traitement.

P **Parcours de soins coordonnés :** C'est le circuit que les patients doivent suivre pour être pris en charge médicalement de façon personnalisée en optimisant l'offre de soins proposée en France. Organisé autour du Médecin traitant, il concerne tous les assurés sociaux de l'assurance maladie obligatoire et leurs ayants droit de moins de 16 ans.

Est considérée comme étant dans le Parcours de soins coordonnés une personne qui :

- a déclaré un Médecin traitant auprès du Régime Obligatoire et consulte celui-ci (ou son remplaçant) en première intention ;
- consulte un autre médecin, appelé « Médecin correspondant », après lui avoir été adressée par son Médecin traitant.

Une personne est considérée comme étant toujours dans le Parcours de soins même si, se trouvant dans un cas d'urgence et/ou d'éloignement géographique, elle n'a pas consulté préalablement son Médecin traitant.

De même, pour certains soins, les gynécologues, ophtalmologues et stomatologues, ainsi que les psychiatres ou neuropsychiatres pour les patients entre 16 et 25 ans, peuvent être consultés directement, sans passer par le Médecin traitant. On parle alors d'accès direct autorisé.

Lorsqu'une personne âgée de plus de 16 ans est en dehors du Parcours de soins, le remboursement de l'assurance maladie obligatoire est diminué.

La majoration de la participation de l'assuré social considéré hors Parcours de soins ne peut pas être remboursée par les contrats de complémentaire santé « responsables ».

Partenaires Santéclair : Professionnels de la santé, partenaires de Santéclair (RCS Nantes n°428 704 977) accessibles selon leur implantation. Leurs coordonnées sont consultables à partir de l'espace client ou en contactant un conseiller MAAF.

Participation forfaitaire actes lourds : Il s'agit d'un Ticket modérateur forfaitaire ou fixe, à la charge de l'Assuré et appliqué sur certains actes coûteux pratiqués en ville ou en établissement de santé, en remplacement du Ticket modérateur habituel.

Certains actes sont exonérés de toute participation de l'Assuré et, à ce titre, ne sont pas concernés par cette Participation forfaitaire actes lourds (radiodiagnostic, IRM, frais de transport d'urgence, actes pris en charge à 100 % du fait d'une ALD...).

Ce forfait est systématiquement pris en charge par l'assurance maladie complémentaire lorsque la couverture complémentaire santé est responsable.

Participation forfaitaire d'un euro : Participation forfaitaire d'un euro 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 d'Imagerie médicale. Cette participation est due par tous les assurés sociaux à l'exception :

- des enfants de moins de 18 ans,
- des femmes enceintes à partir du 6^{ème} mois de grossesse et jusqu'au 12^{ème} jour suivant la date de l'accouchement,
- des bénéficiaires de la Complémentaire santé solidaire 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 euros par année civile et par personne.

La Participation forfaitaire d'un euro n'est pas remboursée par les complémentaires santé « responsables ».

Prestation : Montant remboursé au Bénéficiaire par l'Assureur en application des Garanties souscrites et des conditions prévues au Contrat.

Prestation d'adaptation visuelle : Lors du renouvellement par l'opticien d'une ordonnance médicale de verres correcteurs, un examen de la vue peut être réalisé et facturé par l'opticien aux fins d'actualiser l'ordonnance.

Prestation d'appairage : Dans les cas où un patient a besoin d'une paire de Lunettes avec deux types de verres « 100 % Santé » différents (indice de réfraction différent ou type de verres différents), une Prestation d'appairage de verres peut être nécessaire dans un but esthétique et d'équilibrage de la monture. Cette prestation spécifique pourra alors être facturée par l'opticien.

Prix limite de vente : Le Prix limite de vente (PLV) d'un dispositif médical correspond au prix maximum de vente à l'assuré social. À défaut de fixation d'un Prix limite de vente, le prix est libre.

La Base de remboursement de la majorité des dispositifs médicaux inscrits à la liste des produits et prestations (LPP) et pris en charge par le Régime Obligatoire est assortie d'un Prix limite de vente.

S'agissant des Médicaments pris en charge par le Régime Obligatoire, seuls ceux qui sont assortis d'un Tarif forfaitaire de responsabilité (TFR) n'ont pas de Prix limite de vente.

Les Aides auditives et les Lunettes retenues dans les paniers « Équipements 100 % Santé » ont des Prix limites de vente que les professionnels s'engagent à respecter pour que les Assurés puissent bénéficier d'un Reste à charge nul sur ces équipements.

Prothèses dentaires : Les Prothèses dentaires remplacent ou consolident une ou plusieurs dents abîmées. Il en existe différents types :

- Les prothèses fixes, comme les couronnes et les bridges. Une couronne reconstitue durablement la dent pour la protéger. Lorsque plusieurs dents sont absentes, la reconstitution peut s'effectuer sous forme de bridge. Les prothèses fixes remboursées par le Régime Obligatoire sont réalisées dans les types de matériaux suivants : couronne métallique, céramo-métallique, zircone et céramo-céramique.
- Les prothèses amovibles sont des appareils dentaires (« dentiers ») qui peuvent s'enlever, et qui remplacent généralement plusieurs dents.

Les chirurgiens-dentistes se sont engagés à appliquer des Honoraires limites de facturation selon le type de prothèse et la localisation de la dent (canine, incisive, prémolaire, molaire).

Pour certaines Prothèses dentaires, entrant dans le panier de soins « Soins et Prothèses 100 % Santé », le Contrat prend en charge en plus de la Base de remboursement du Régime Obligatoire, l'intégralité des dépenses engagées, permettant ainsi à l'Assuré de n'avoir aucun frais restant à sa charge, sous réserve que les chirurgiens-dentistes respectent les Honoraires limites de facturation.

Les Prothèses dentaires qui n'entrent pas dans le panier de soins « Soins et Prothèses 100 % Santé » sont prises en charge par le Régime Obligatoire et le Contrat selon le Niveau de Garantie souscrit.

Les chirurgiens-dentistes doivent également respecter les Honoraires limites de facturation fixés pour certaines de ces Prothèses dentaires qui n'entrent pas dans le panier « Soins et Prothèses 100 % Santé ».

Le chirurgien-dentiste est tenu de remettre un devis avant de poser une Prothèse dentaire. Il doit comporter le prix d'achat de chaque élément de la Prothèse dentaire et le prix des prestations associées. Il doit nécessairement comporter une proposition entrant dans le panier « Soins et Prothèses 100 % Santé » ou à défaut hors champ du panier « Soins et Prothèses 100 % Santé » mais soumis à un tarif maximum de facturation, lorsqu'une telle proposition existe.

Réclamation : acte par lequel le Souscripteur ou un Bénéficiaire manifeste son Mécontentement. N'est pas une Réclamation une demande de service ou de Prestation, une demande d'information, de clarification ou une demande d'avis.

Régime : Ensemble des dispositions relatives au Contrat frais de santé des salariés tel que défini dans l'Acte de mise en place du Souscripteur.

Régime Obligatoire (RO) : Régime obligatoire français d'Assurance Maladie dont dépend le Bénéficiaire, y compris le régime local Alsace-Moselle.

Reste à charge : C'est la part des dépenses de santé ou des frais qui reste à la charge de l'assuré social après le remboursement du Régime Obligatoire et de sa complémentaire santé.

Après intervention du Régime Obligatoire, le Reste à charge est constitué :

- du Ticket modérateur (sur les soins et prestations remboursés par le Régime Obligatoire) ;
- de l'éventuelle Franchise médicale ou Participation forfaitaire d'un euro ;
- des éventuels Dépassements d'honoraires ou tarifaires ;
- de l'éventuel Forfait journalier hospitalier ;
- des frais liés aux soins et prestations non pris en charge par le Régime Obligatoire.

Le Contrat couvre tout ou partie du Reste en charge, selon les Garanties souscrites.

Secteur conventionné : Ensemble des professionnels de santé ayant adhéré à la convention passée entre leurs représentants et le Régime Obligatoire et pratiquant des tarifs contrôlés.

Secteur non conventionné : Ensemble des professionnels de santé n'ayant pas adhéré à la convention passée entre leurs représentants et le Régime Obligatoire et pratiquant des tarifs libres. Le remboursement des actes par le Régime Obligatoire est alors effectué sur une base minorée.

Service médical rendu (S.M.R.) : Critère utilisé en santé publique pour classer les Médicaments en 5 niveaux selon l'efficacité et l'utilité des Médicaments (majeur, important, modéré, faible, insuffisant) et fixer leur Taux de remboursement par le Régime Obligatoire.

Soins dentaires : C'est l'ensemble des actes du chirurgien-dentiste ou du stomatologue qui contribuent à la prévention et aux premiers soins à apporter en cas de problème dentaire : il s'agit des consultations, des soins conservateurs tels que le détartrage ou le traitement d'une carie, mais aussi des soins chirurgicaux essentiels.

Souscripteur (entreprise ou employeur) : Personne physique ou morale souscrivant le Contrat au bénéfice de l'ensemble de ses salariés ou de la catégorie de personnel assuré, et dont le représentant habilité signe le Contrat.

Taux de remboursement du Régime Obligatoire : taux appliqué par l'assurance maladie obligatoire sur la Base de remboursement pour déterminer le montant de son remboursement. Celui-ci peut être, le cas échéant, minoré de la Franchise médicale ou de la Participation forfaitaire d'un euro, pour aboutir au montant effectivement versé à l'assuré social par l'assurance maladie obligatoire.

La part non remboursée de la Base de remboursement est le Ticket modérateur.

La Base de remboursement peut ne pas correspondre au prix réel de la prestation ou du produit.

Le Taux de remboursement varie selon la prestation ou le produit. Pour le Régime général de la sécurité sociale, il est par exemple de :

- 70 % de la Base de remboursement pour les actes médicaux ;
- 60 % de la Base de remboursement pour les actes paramédicaux,
- 60 % de la Base de remboursement pour le petit appareillage ;
- 100 %, 65 %, 30 % ou 15 % pour les Médicaments.

Le Taux de remboursement peut aussi varier en fonction du statut de l'assuré social (par exemple 100 % en cas de maternité ou d'affection de longue durée) ou encore du respect par le patient des règles du Parcours de soins coordonnés (remboursement minoré des consultations et actes « hors parcours »).

Ticket modérateur : c'est la différence entre la Base de remboursement et le montant remboursé par l'assurance maladie obligatoire (avant application sur celui-ci de la Participation forfaitaire d'un euro ou d'une Franchise médicale qui ne sont pas remboursées par l'Assureur).

Le montant du Ticket modérateur varie selon les actes ou traitements, la nature du risque concerné (Maladie, maternité, accident du travail, etc.), ou selon que les soins sont dispensés à l'Assuré dans le cadre d'une affection de longue durée (ALD)...

Le Ticket modérateur peut être forfaitaire pour certains actes dits « lourds ».

La Participation forfaitaire d'un euro, les Franchises médicales et des Dépassements d'honoraires s'ajoutent au Ticket modérateur, constituant l'ensemble des frais restant à la charge de l'assuré social avant intervention de l'assurance maladie complémentaire.

Le Ticket modérateur est obligatoirement pris en charge par les contrats d'assurance maladie complémentaire responsables (sauf exceptions).

Tiers payant : Ce système de paiement évite aux Bénéficiaires de faire l'avance des frais auprès des prestataires de soins. Ces derniers sont payés directement par le Régime Obligatoire et/ou l'Assureur pour les soins ou produits.

Un pharmacien peut ne pas pratiquer le Tiers payant en cas de refus de l'usage de Médicaments génériques.

L'Assureur propose également un service de Tiers payant pour la part qu'il rembourse. C'est aux professionnels de santé de décider s'ils proposent ou non le service du Tiers payant pour la part complémentaire. Dans le cas où le professionnel de santé consulté ne souhaite pas proposer ce service, le Tiers payant n'est pas mis en place.

Synonyme : dispense d'avance des frais.

Transport : Plusieurs types de Transport peuvent être prescrits par un médecin en fonction de l'état de santé et du degré d'autonomie du patient. Il peut s'agir d'une ambulance, d'un véhicule sanitaire léger (VSL), mais aussi d'un taxi conventionné avec le Régime Obligatoire, des transports en commun, etc.

La prise en charge de certains Transports, même prescrits par un médecin, nécessite l'accord préalable du service médical du Régime Obligatoire.

MAAF Santé

MUTUELLE SOUMISE AUX DISPOSITIONS DU LIVRE II DU CODE DE LA MUTUALITÉ - SIREN N° 331-542-142 - APE 6512 Z
Siège social : Chaban - 79180 CHAURAY - Adresse postale : Chauray - 79036 NIORT Cedex 09 - maaf.fr

Eco-circulaire IDU/IREP N° FR231788_03AUB

