

MES BIENS

MA FAMILLE

MON ARGENT

**MON ACTIVITÉ
PROFESSIONNELLE**



SANTÉ

SANTÉ PROFIL TNS

NOTICE D'INFORMATION VALANT RÈGLEMENT



Contrat SANTÉ PROFIL TNS

Notice d'information valant règlement

réf. 01.01.10

NATURE DU CONTRAT	p. 4
QUI PEUT ÊTRE ASSURÉ ?	p. 4
LES GARANTIES : DÉFINITIONS ET ÉTENDUE	p. 4
■ Étendue des garanties	p. 4
TABLEAU DES FORMULES DE GARANTIES	p. 5
PRÉCISIONS POUR LA GARANTIE OPTIQUE	p. 7
■ Comment lire une ordonnance optique	p. 7
ASSISTANCE SANTÉ À DOMICILE	p. 7
■ Détails des prestations	p. 9
LES SERVICES MAAF SANTÉCLAIR	p. 11
ÉTENDUE TERRITORIALE	p. 13
L'ENTRÉE EN VIGUEUR DU CONTRAT ET DES GARANTIES	p. 13
LE RÈGLEMENT DES PRESTATIONS	p. 13
LES COTISATIONS	p. 13
■ Calcul de la cotisation	p. 13
■ Conditions de règlement de la cotisation	p. 14
■ Non paiement des cotisations	p. 14
LA SUBROGATION	p. 14
LA PRESCRIPTION	p. 15
LA RADIATION	p. 15
GESTION DES CONTENTIEUX	p. 15
MÉDIATION	p. 15

➔ CE QUE VOUS DEVEZ SAVOIR

NATURE DU CONTRAT

Ce contrat a pour objet de vous garantir le remboursement des frais médicaux et chirurgicaux en complément des prestations en nature servies par un régime obligatoire maladie français. Le remboursement des dépenses ne peut être supérieur au montant des frais restant à charge.

Il peut être souscrit dans le cadre de la loi "Madelin" du 11 février 1994, loi qui vous permet, en tant que travailleur non salarié non agricole de bénéficier de la déductibilité, entre autre, de vos cotisations de complémentaire santé (ainsi que de celles des personnes rattachées à votre numéro de régime obligatoire).

QUI PEUT ÊTRE ASSURÉ ?

Vous pouvez, en tant que Travailleur indépendant et résidant en France Métropolitaine, bénéficier de ce contrat.

Vous pouvez aussi en faire bénéficier :

- votre conjoint non séparé de corps bénéficiant du Régime Obligatoire, de votre fait ou du fait d'une affiliation personnelle (régime général ou régime d'assurance maladie des professions indépendantes),
- vos enfants à charge célibataires :
 - bénéficiant du Régime Obligatoire de votre fait ou du fait de votre conjoint,
 - bénéficiant de la Sécurité sociale en tant qu'apprentis,
 - âgés de moins de 25 ans, s'ils justifient de la poursuite de leurs études et sont affiliés à la Sécurité sociale au titre du régime étudiant ou des assurés volontaires, la couverture de l'étudiant étant prolongée jusqu'à son 26^{ème} anniversaire lorsqu'il bénéficie toujours, à cette date, du même régime de la Sécurité sociale,

- âgés de moins de 26 ans, bénéficiant de la Sécurité sociale du fait d'une affiliation personnelle en tant que titulaire d'un contrat initiative emploi, emploi de solidarité, d'adaptation, d'orientation, de qualification ou d'un contrat de même type,

- vos ascendants à charge, bénéficiant du Régime Obligatoire, de votre fait ou du fait de votre conjoint, ou d'une affiliation personnelle 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 vous, 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.

VOS GARANTIES : DÉFINITIONS ET ÉTENDUE

➔ Étendue des garanties

Les taux de remboursement exprimés ci-après comprennent la participation du régime obligatoire et de tout autre régime complémentaire ayant déjà effectué des remboursements pour tout ou partie. Les garanties dont vous bénéficiez sont indiquées à vos conditions particulières. Elles sont identiques pour tous les membres de la famille.

TABLEAU DES FORMULES DE GARANTIES

Les garanties sont exprimées avec la participation du régime obligatoire

	NIVEAU 1	NIVEAU 2	NIVEAU 3	NIVEAU 4	NIVEAU 5
HOSPITALISATION (1)					
■ Forfait journalier	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
■ Séjour.....	100 % TC	100 % TC	100 % TC	100 % TC	100 % TC
■ Soins et honoraires.....	100 % TC	150 % TC	200 % TC	300 % TC	400 % TC
■ Transport.....	100 % TC	100 % TC	100 % TC	100 % TC	100 % TC
■ Chambre particulière	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		150 €	200 €	250 €	350 €
SOINS COURANTS (2)					
■ Consultations, visites, actes médicaux.....	100 % TC	150 % TC	200 % TC	300 % TC	400 % TC
■ Auxiliaires médicaux.....	100 % TC	100 % TC	100 % TC	100 % TC	100 % TC
■ Analyses médicales.....	100 % TC	100 % TC	100 % TC	100 % TC	100 % TC
■ Radios (y compris l'ostéodensitométrie prise en charge par le RO).....	100 % TC	150 % TC	200 % TC	300 % TC	400 % TC
■ Ostéodensitométrie non prise en charge par le RO	40 €	40 €	75 €	75 €	75 €
■ Ostéopathie, chiropractie	10 €	20 €	30 €	40 €	40 €
■ Transport	100 % TC	100 % TC	100 % TC	100 % TC	100 % TC
■ Cure thermale prise en charge par le RO					
- Forfait thermal, surveillance médicale.....	100 % TC	100 % TC	100 % TC	100 % TC	100 % TC
- Hébergement.....	100%TC+100€	100%TC+200€	100%TC+300€	100%TC+400€	100%TC+400€
- Transport.....	100 % TC	100 % TC	100 % TC	100 % TC	100 % TC
PHARMACIE (3)					
■ Médicaments et accessoires (orthèses, semelles..).....	100 % TC	100 % TC	100 % TC	100 % TC	100 % TC
■ Pilule contraceptive non prise en charge par le RO..			45 €	60 €	60 €
■ Prothèse mammaire.....	100% TC+50 €	100 % TC + 100 €	100% TC+150 €	100 %TC+200 €	100 %TC+200 €
■ Prothèse capillaire.....	100% TC+50 €	100 % TC + 100 €	100% TC+150 €	100% TC+200 €	100% TC+200 €
OPTIQUE (4)					
■ Lunettes (monture + 2 verres)					
Avantages réseau SANTÉCLAIR (Métropole seulement)					
Verres simples					
- petite correction	100 % TC+160 €	100 % TC+210 €	100 % TC+260 €	100 % TC+310 €	100 % TC+360 €
- moyenne correction.....	100 % TC+210 €	100 % TC+260 €	100 % TC+310 €	100 % TC+360 €	100 % TC+410 €
- forte correction	100 % TC+260 €	100 % TC+310 €	100 % TC+360 €	100 % TC+410 €	100 % TC+460 €
Verres multifocaux	100 % TC+260 €	100 % TC+310 €	100 % TC+360 €	100 % TC+410 €	100 % TC+460 €
Hors réseau SANTÉCLAIR					
Toutes corrections	100 % TC+150 €	100 % TC+200 €	100 % TC+250 €	100 % TC+300 €	100 % TC+350 €
■ Lentilles (prises ou non en charge par le RO).....	100% TC*+50 €	100 % TC*+100 €	100 % TC*+150 €	100 % TC*+200 €	100 % TC*+250 €
■ Chirurgie réfractive non prise en charge par le RO .		150 €/œil	200 €/oeil	300 €/oeil	400 €/oeil
		* Uniquement pour les lentilles prises en charge par le RO			
DENTAIRE (5)					
■ Soins dentaires.....	100 % TC	100 % TC	100 % TC	100 % TC	100 % TC
■ Prothèses prises en charge par le RO.....	200 % TC	250 % TC	350 % TC	400 % TC	450 % TC
■ Prothèses non prises en charge par le RO.....		150 €	200 €	250 €	300 €
■ Implantologie.....		400 €	520 €	800 €	1000 €
■ Plafond annuel (pour les prothèses prises ou non en charge par le RO et les implants) pour la part dépassant le tarif conventionnel.....	600 €	800 €	1000 €	1500 €	2000 €
■ Traitement orthodontique pris en charge par le RO	150 % TC	200 % TC	250 % TC	300 % TC	400 % TC
■ Traitement orthodontique non pris en charge par le RO.....			350 €	400 €	500 €
APPAREILLAGES					
■ Fauteuil roulant (achat).....	100% TC+500 €	100 % TC+1000 €	100%TC+1500 €	100%TC+2000 €	100%TC+2000 €
■ Appareillages auditifs.....	250 % TC	300 % TC	350 % TC	400 % TC	450 % TC
■ Autres appareillages (achat lit médicalisé, achat chaussures orthopédiques.....)	250 % TC	300 % TC	350 % TC	400 % TC	450 % TC
FORFAIT PREVENTION (6).....			90 €		
ASSISTANCE SANTE A DOMICILE.....			24 H / 24 ; 7 j / 7		
SERVICES MAAF Santéclair			oui		

Les différents forfaits exprimés dans le tableau sont des forfaits annuels, par année civile. Les garanties sont celles en vigueur au 01.01.10

RO : Régime Obligatoire

TC = Tarif conventionnel : valeur de référence, pour chaque acte, à partir de laquelle le régime obligatoire calcule le montant de son remboursement.

→ CE QUE VOUS DEVEZ SAVOIR

(1) Hospitalisation

- Les garanties sont limitées à 90 jours par année civile pour les hospitalisations pour affections psychopathologiques en secteur public ou privé.
- Le forfait de 18 € appliqué sur les actes médicaux d'un montant ≥ à 91 €, réalisés à l'hôpital ou en ville, est pris en charge intégralement.
- Les franchises sur le transport ne sont pas prises en charge.
- Toute naissance entraîne le versement de la prime maternité. Il n'est versé qu'une prime par foyer et elle est limitée à 2 en cas de naissance multiple.

(2) Soins courants

Le présent contrat étant responsable :

- La participation forfaitaire laissée à votre charge par le régime obligatoire (1 € au 01.01.2007) n'est pas prise en charge par MAAF SANTE.
- En cas de non respect du parcours de soins, 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 sur les médicaments, les actes paramédicaux et le transport ne sont pas prises en charge.
- 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. Toutefois, si ce dernier n'intervient pas pour le poste « Hébergement », MAAF SANTE ne rembourse que le forfait supplémentaire (de 100 € à 400 € selon le niveau souscrit).

(3) Pharmacie

Les franchises sur les médicaments ne sont pas prises en charge.

(4) Optique

En cas d'achat d'une monture seule dans le réseau Santéclair, le forfait appliqué est toujours celui de la petite correction.

Les montants Réseau / hors Réseau ne se cumulent pas.

(5) Dentaire

En ce qui concerne l'implantologie, il n'est versé qu'un seul forfait par assuré par an et le contrat ne prévoit qu'un seul remboursement forfaitaire, même si les soins, pour un même implant, sont réalisés sur 2 années civiles.

(6) La prévention

En plus des actes de prévention faisant l'objet du décret sur les contrats responsables, actes pris en charge par le présent contrat, à savoir :

- Dentaire :
 - un détartrage annuel
 - les scellements de sillons (sur la première et seconde molaire, pour les moins de 14 ans en cas de risque carieux)
- Orthophonie : Bilan du langage oral et/ou bilan d'aptitudes à l'acquisition du langage écrit (moins de 14 ans)
- Biologie : Dépistage de l'hépatite B
- Pharmacie : Vaccins DTPolio
Coqueluche, hépatite B (moins de 14 ans)
BCG (moins de 6 ans)
Rubéole (adolescentes non vaccinées et femmes qui veulent un enfant)
Haemophilus influenzae B (contre la méningite)
Contre les infections invasives à pneumocoques (moins de 18 mois)
- Radiologie : Ostéodensitométrie (une fois tous les 6 ans pour les femmes de plus de 50 ans)
- Spécialité ORL : Dépistage des troubles de l'audition (une fois tous les 5 ans pour les plus de 50 ans),

votre contrat prévoit un forfait prévention de 90 €/an par assuré pour l'ensemble des actes suivants :

- les consultations diététiques effectuées par un(e) diététicien(ne) diplômé(e)
- les vaccins non pris en charge (dont le vaccin anti-grippe)
- les tests et auto-tests de dépistage *:
 - dépistage d'un virus utérin : le papillomavirus (recommandé aux femmes âgées de 30 à 65 ans, une fois tous les 3 ans)
 - dépistage des infections urinaires.

* recommandés par votre pharmacien

- les préservatifs (limités à 30 €/an)
- le sevrage tabagique : tout substitut nicotinique prescrit (patches, comprimés, gommes, pastilles, ...) (limité à 50 €/an)
- les crèmes solaires délivrées sur ordonnance (limitées à 30 €/an).

➔ PRÉCISIONS POUR LA GARANTIE OPTIQUE

➔ Comment lire votre ordonnance optique

OD désigne la correction de l'œil droit, OG celle de l'œil gauche. Les 2 peuvent être différentes. C'est le verre le plus fort qui détermine le défaut de vision et donc le forfait à appliquer.

Ordonnance de myope

OD : - 1.00
OG : - 1.50

- 1.50
↑

Sphère*

Exemple de garantie ①

Ordonnance d'hypermétrope astigmat

OD : + 2.75 (+ 0.25) 0°
OG : + 4.50 (+ 0.50) 0°

+ 4.50
↑

(+ 0.50) 0°
↑

Sphère*

Cylindre**

Exemple de garantie ②

Ordonnance de myope presbyte (verres multifocaux)

OD : - 3.00 Add 1.50
OG : - 2.50 Add 1.50

- 2.50
↑

Add 1.50
↑

Sphère*

Addition

Exemple de garantie ③

* exprimée avec un signe qui précise le défaut de vision (+ pour un hypermétrope et - pour un myope) et un chiffre qui indique son degré (en dioptries)

** cylindre exprimé en valeur positive

➔ Les défauts de vision pour adultes et enfants

	Libellé de la garantie MAAF	Puissance	Défaut de vision
①	Unifocaux petite correction	➔ Sphère de 0 à 4 dioptries et cylindre** < ou = 2	➔ Petite myopie ou hypermétropie avec ou sans léger astigmatisme
②	Unifocaux moyenne correction	➔ Sphère de 0 à 6 dioptries et cylindre** > 2 ➔ Sphère de 4.25 à 8 dioptries et cylindre** < ou = 2	➔ Petite ou moyenne myopie ou hypermétropie avec fort astigmatisme ➔ Forte myopie ou hypermétropie avec ou sans léger astigmatisme
③	Unifocaux forte correction et tous verres multifocaux	➔ Sphère de 6.25 à 8 dioptries et cylindre** > 2 ➔ Sphère à partir de 8.25 quel que soit le cylindre** ➔ Toutes les puissances nécessitant des multifocaux	➔ Forte myopie ou hypermétropie avec fort astigmatisme ➔ Très forte myopie ou hypermétropie avec ou sans astigmatisme quelle que soit la valeur ➔ Toute presbytie nécessitant des multifocaux

ATTENTION : c'est la codification de l'opticien (qui retranscrit selon la codification du Régime Obligatoire) qui est à prendre en considération.

➔ Garantie Assistance Santé à domicile

Les garanties ci-après sont mises en oeuvre par MAAF Assistance et entrent en jeu à la suite d'un accident ou d'une maladie soudaine, imprévue et aiguë (non chronique) survenus après la date de prise d'effet du contrat.

Elles s'adressent à l'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

ASSISTANCE SANTÉ À DOMICILE

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

Garanties	Événement déclenchant les garanties																
	Prise en charge des parents	Prise en charge des enfants de moins de 16 ans	Aide à domicile	Aide à domicile élargie	Location de téléviseur	Prise en charge des animaux de compagnie	Venue d'un proche	Conseils médicaux, recherche d'un médecin	Transport en ambulance	Aide aux démarches	Garde à domicile des enfants malades ou accidentés	Livraison de médicaments	Services (portage d'espèces, de repas, de courses, coliflore à domicile)	Assistance psychologique	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	●	●	●		●	●		●	●	●		●					
● Séjour en maternité d'au moins 6 jours		●	●		●			●	●	●		●					
● Immobilisation soudaine et imprévue au domicile d'au moins 6 jours	●	●	●			●		●	●	●		●					
● Immobilisation soudaine et imprévue au domicile d'au moins 3 jours des enfants de moins de 16 ans								●	●	●		●					
● Maladies graves*				●						●		●	●	●			
● Traitements médicaux lourds**	● (1)	● (1)		●	● (1)					●		●	●	●			
● Événements traumatisants										●			●				
● Accidents et maladies graves donnant lieu à l'achat d'un fauteuil roulant										●			●	●			
● Décès	●	●	●			●				●			●		●	●	●

Définition :

- bénéficiaire : Le sociétaire et son conjoint assurés ou non ainsi que leurs ascendants et leurs enfants assurés ou non, vivant sous leur toit.
- Immobilisation : fait suite à une maladie subite ou à un accident, entraînant un alitement ou une impossibilité d'effectuer les tâches ménagères.

● Garantie accordée suite à un événement concernant le sociétaire ou son conjoint.

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

- * - Sclérose en plaque (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, poumons, foie, rein)

- ** - Trithérapie
 - Quadrithérapie
 - Chimiothérapie (uniquement réalisée en milieu hospitalier)
 - Radiothérapie

(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 p. 8).

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)

- Déplacement aller/retour d'un proche désigné par l'assuré ou son conjoint pour s'en occuper au domicile (France métropolitaine ou même département pour les DOM, train 1^{ère} classe ou avion de ligne classe économique),

Ou

- Déplacement aller/retour des parents auprès de proches susceptibles de les accueillir (France métropolitaine ou même département pour les DOM, train 1^{ère} classe ou avion de ligne classe économique),

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

- Déplacement aller/retour d'un proche désigné par l'assuré ou son conjoint pour les garder à domicile (France métropolitaine ou même département pour les DOM, train 1^{ère} classe ou avion de ligne classe économique),

Ou

- Déplacement aller/retour des enfants ainsi que d'un adulte les accompagnant auprès de proches susceptibles de les accueillir (France métropolitaine ou même département pour les DOM, train 1^{ère} classe ou avion de ligne classe économique). 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 conventionnés,

Ou

- Conduite des enfants valides à l'école et leur retour au domicile par une personne habilitée par nos soins, 2 fois par jour, dans la limite de 5 journées, réparties sur une période d'un mois (lorsque aucun proche ne peut se rendre disponible).

Si aucunes 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.

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 élargie

- 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 l'assuré ou son conjoint, ou en pension animale.

Prise en charge de la venue d'un proche

- Déplacement aller/retour d'un proche désigné par l'assuré ou son conjoint (France Métropolitaine ou même département pour les DOM, train 1^{ère} classe ou avion de ligne classe économique) et 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,
- Recherche d'un médecin en cas d'absence ou d'indisponibilité du médecin traitant, et dès lors que l'évènement ne relève pas de l'urgence,
- Recherche d'une infirmière sur prescription médicale,
- Recherche d'intervenants médicaux en dehors des heures d'ouverture des cabinets.

Transports

- 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.

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.

➔ ASSISTANCE SANTÉ À DOMICILE

Aide aux démarches

- Orientation vers les services appropriés (organismes sociaux, démarches auprès de l'employeur, caisses d'allocations familiales, aide sociale, aide aux handicapés...),
- Transmission de messages urgents à la famille.

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)

- Déplacement aller/retour d'un proche désigné par l'assuré ou son conjoint pour garder les enfants malades ou accidentés à domicile (France Métropolitaine ou même département pour les DOM, train 1^{ère} classe ou avion de ligne classe économique),

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.

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'évènement :

- 1 à 5 entretiens téléphoniques individuels avec un psychologue clinicien,
- Si nécessaire 1 à 3 entretiens en face à face avec un psychologue clinicien.

Organisation et mise à disposition d'un ergothérapeute

- Evaluation 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'évènement. 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 NUMEROS UTILES

Vous avez besoin d'Assistance Santé à domicile, de conseils médicaux, d'informations d'ordre social... ?

MAAF Assistance est à votre écoute 24H/24. Munissez-vous de votre Numéro de Sociétaire et appelez le n° Vert : 0 800 16 17 18

Si vous êtes à l'étranger, appelez le : + 33 5 49 16 17 18

Si vous êtes sourd ou malentendant, vous pouvez communiquer avec MAAF Assistance par SMS au 06 78 74 53 72 par FAX au 01 47 11 71 26

Vous avez besoin d'une paire de lunettes ou de lentilles correctives, d'une prothèse dentaire, d'un traitement orthodontique ou d'un appareil auditif ?

MAAF Santéclair vous aide à maîtriser vos dépenses optique, dentaire et d'audioprothèse.

Son équipe de conseillers est à votre service pour :

- vous informer sur les techniques et équipements adaptés à vos besoins,
- vous permettre de diminuer la part restant à votre charge chaque fois que vous engagez des dépenses de santé importantes.

Appelez le 0 800 838 838

(appel gratuit d'un poste fixe - surcoût éventuel selon opérateur)

MAAF Santéclair est à votre écoute

du lundi au vendredi

de 9h00 à 19h30 et le samedi jusqu'à 17h

→ LES RÉSEAUX

Vous bénéficiez d'avantages en allant dans le réseau partenaire Santéclair :

Ces réseaux regroupent des professionnels de santé qui se sont engagés contractuellement sur de bonnes pratiques professionnelles et des tarifs négociés.

En présentant votre carte MAAF SANTE vous bénéficiez des avantages négociés.

Un réseau de plus de 1 400 opticiens qui vous offre :

- Des tarifs préférentiels et des services privilégiés :
 - des forfaits (verres et montures) avantageux qui sont fonction des niveaux de correction pour des équipements enfants et adultes,
 - une remise sur les montures,
 - des forfaits « Zen » sur les verres pour les petits budgets,
 - des prix calculés au plus juste pour les verres ou des traitements particuliers (durcis, anti-reflets, teintés...)
 - une garantie casse de 2 ans sur les verres et les montures.

■ Le tiers payant optique :

Ce service vous permet de ne pas faire l'avance de frais couverts par MAAF SANTE. Les opticiens partenaires doivent adresser à Santéclair une demande de prise en charge.

Des cliniques au service des assurés :

Si vous êtes myope, astigmat, hypermétrope, vous pouvez avoir recours à la chirurgie réfractive.

Pour cela, nous mettons à votre disposition les coordonnées des cliniques partenaires spécialisées dans ce domaine dans 16 grandes agglomérations auprès desquelles :

- vous trouverez des praticiens expérimentés,
- vous pourrez bénéficier de technologies chirurgicales de pointe répondant à une charte qualité extrêmement précise,
- vous bénéficierez également de tarifs privilégiés pour des actes non pris en charge par le régime obligatoire et dont les tarifs sont libres.

Un réseau dentaire composé de 3 300 chirurgiens-dentistes, d'orthodontistes et de stomatologues qui propose :

- des traitements adaptés à vos besoins à des tarifs négociés, y compris sur des actes non remboursés par le régime obligatoire
- des informations sur les règles d'hygiène et les traitements les plus appropriés à vos dents et gencives. Les chirurgiens-dentistes partenaires vous conseilleront sur les mesures nécessaires à une bonne prévention (renouvellement de scellements des sillons...)
- le tiers payant dentaire : ce service vous permet de ne pas faire l'avance des frais couverts par MAAF SANTE lors de la réalisation de prothèses dentaires ou de traitements d'orthodontie. Les chirurgiens-dentistes partenaires peuvent adresser à Santéclair une demande de prise en charge.
- une garantie 10 ans sur les prothèses fixes (couronne, bridge, inlay-core) : cette garantie permet, en cas de sinistre, la prise en charge de la pose d'une nouvelle prothèse à sa valeur de remplacement sous 2 conditions :
 - être toujours assuré à MAAF SANTE à la date du sinistre,
 - bénéficier du tiers payant lors de la pose de la prothèse initiale et lors de son remplacement.

Un réseau de 200 audioprothésistes qui permet de bénéficier :

- d'une économie de 40 à 50 % sur tous types et marques d'appareils auditifs,
- d'une période d'essai d'au moins un mois,
- d'une visite de contrôle pour un bilan auditif une fois par an,
- de pratiques professionnelles de qualité régies par une charte de déontologie,
- d'une totale transparence dans la facturation (prix de la prothèse, main d'œuvre),
- du tiers payant afin de ne pas faire l'avance de frais couverts par MAAF SANTE. Les audioprothésistes partenaires doivent adresser à Santéclair une demande de prise en charge.

Pour accéder aux réseaux Santéclair, c'est très simple :

- Pour connaître l'adresse des praticiens des réseaux les plus proches de chez vous, vous contactez le 0 800 838 838 (appel gratuit d'un poste fixe - surcoût éventuel selon opérateur)
- Vous vous rendez chez le praticien partenaire de votre choix en présentant votre carte Santé
- Vous demandez à bénéficier des tarifs et des avantages qui vous sont réservés.

→ UN SERVICE D'AUTOMÉDICATION

MAAF Santéclair met à votre disposition à partir du site www.maaf.fr un comparatif précis où chaque médicament accessible en pharmacie sans ordonnance y est noté selon les critères efficacité/tolérance.

52 % des produits référencés sont notés moins de 11, ce qui signifie qu'ils sont inefficaces ou que leur efficacité n'a jamais été démontrée.

Le prix moyen de vente constaté ainsi que de nombreux conseils sont également donnés.

→ ANALYSE DES DEVIS

Vous bénéficiez de conseils même si vous consultez votre praticien habituel

MAAF Santéclair vous propose son service d'analyse de devis.

- Ce service vous permet de vérifier que votre dépense en optique, dentaire, audioprothèse et pour les dépassements d'honoraires chirurgicaux est adaptée à vos besoins tout en payant le juste prix. Sur simple demande, ses spécialistes font l'analyse du devis émis par le praticien que vous avez choisi.
- Ils vous donnent leur avis objectif sous 72 heures, par téléphone.

Si vous le souhaitez, un consultant praticien MAAF Santéclair peut se mettre en relation avec votre professionnel de santé pour trouver avec lui la solution tarifaire qui vous est la mieux adaptée.

Pour faire analyser vos devis par MAAF Santéclair, c'est simple :

- Les formulaires de demande de devis pour l'optique, le dentaire, l'auditif et une hospitalisation chirurgicale sont disponibles sur l'espace client : www.maaf.fr ou par simple demande au 0 800 838 838 (appel gratuit d'un poste fixe - surcoût éventuel selon opérateur)
- Vous faites remplir cet imprimé par votre praticien
- Vous le communiquez ensuite :
 - par courrier à MAAF Santéclair -78 bd de la République 92514 Boulogne Billancourt
 - par fax au 01 47 61 20 92
- Sous 72 heures, MAAF Santéclair vous donne un avis.

➔ ÉTENDUE TERRITORIALE

ÉTENDUE TERRITORIALE

MAAF SANTE intervient seulement après participation d'un régime d'assurance maladie obligatoire français, à l'exception de certains actes non pris en charge par le régime obligatoire et expressément indiqués comme garantis au titre du contrat.

Pour les soins à l'étranger, toute demande de remboursement générée par un événement survenu de façon imprévue sera traitée à partir :

- du décompte du régime obligatoire français, lors d'un séjour dans un pays hors UE (Union Européenne),
- de la facture mentionnant les actes dispensés traduits en Français et le montant de la part laissée à la charge de l'assuré exprimé en Euros, lors d'un séjour dans un pays de l'UE.

L'ENTRÉE EN VIGUEUR DU CONTRAT ET DES GARANTIES

Les garanties prennent effet à la date indiquée à vos conditions particulières pour :

- les soins concernant tout accident survenu après cette date,
- toute affection ayant entraîné des frais engagés postérieurement à cette date.

LE RÈGLEMENT DES PRESTATIONS

Il vous est remis une attestation permettant la pratique du tiers-payant avec certaines professions de santé. Cette carte Santé reste la propriété de MAAF SANTE.

La participation de MAAF SANTE s'effectue à partir :

- Soit des originaux des bordereaux de remboursement de votre régime 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 autres appareillages),
- Soit de la facture délivrée par le pharmacien pour la pilule contraceptive, les vaccins, les tests et auto-tests de dépistage, les substituts nicotiques et les crèmes solaires non pris en charge par le régime obligatoire,
- Soit de la facture délivrée par le praticien pour les lentilles, les prothèses et les implants dentaires, l'ostéodensitométrie, la diététique, l'ostéopathie, la chiropraxie, ainsi que l'orthodontie et la chirurgie réfractives lorsque ces actes ne sont pas pris en charge par le régime obligatoire,
- Soit de toute facture faisant état de l'achat de préservatifs,
- Soit de tout justificatif de naissance pour le versement de la prime maternité.

Vous devez présenter vos demandes de remboursement à MAAF SANTE dans un délai maximum de six mois après paiement par votre régime d'assurance maladie.

LES COTISATIONS

➔ Calcul de la cotisation

La cotisation est fonction de quatre critères : votre adresse, le régime des assurés, leur niveau de garantie, leur âge (en cours de contrat, la cotisation évolue en fonction de cet âge). Elle est révisable en cours d'année ou à chaque échéance annuelle pour tous les assurés.

L'âge est calculé par différence de millésime, c'est-à-dire par différence entre l'année d'effet du contrat et l'année de naissance de l'assuré.

Les assurés sont classés en 12 tranches d'âges : 0 à 20 ans, 21-25 ans, 26-30 ans, 31-35 ans, 36-40 ans, 41-45 ans, 46-50 ans, 51-55 ans, 56-60 ans, 61-65 ans, 66-70 ans, plus de 70 ans.

Pour un sociétaire ayant au moins 3 enfants de 0 à 20 ans assurés, la gratuité est accordée à partir du troisième.

La modification de la cotisation peut avoir pour motif :

En cours d'année :

- un changement de régime obligatoire,
- un changement d'adresse,
- une modification des tarifs conventionnels ou des remboursements des régimes obligatoires et de l'assurance personnelle.

À l'échéance :

- un changement de tranche d'âge,
- un accroissement de la sinistralité générale (fréquence et/ou du coût des sinistres),
- une modification législative ou réglementaire.

CONDITIONS DE RÈGLEMENT DE LA COTISATION

Vous vous engagez au paiement d'une cotisation annuelle au jour de son échéance, fixée au 1^{er} janvier de chaque année, avec possibilité de paiement fractionné.

Dans le cas d'un règlement mensuel, la cotisation est payable obligatoirement par prélèvement automatique sur compte bancaire ou postal. Pour un paiement trimestriel, les échéances sont fixées au 1^{er} janvier, 1^{er} avril, 1^{er} juillet et 1^{er} octobre. Pour un paiement semestriel, les échéances sont fixées au 1^{er} janvier et au 1^{er} juillet.

Pour percevoir les prestations, vous devez être à jour de votre cotisation et de celles des membres de votre famille que vous avez désignés comme assurés.

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 votre mise en demeure. 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 a le droit de résilier ses garanties 10 jours après l'expiration du délai de 30 jours prévu ci-dessus.

Lors de la mise en demeure, vous êtes informé qu'à l'expiration du délai prévu à l'alinéa précédent le défaut de paiement de la cotisation est susceptible d'entraîner la résiliation du contrat.

Le contrat non résilié reprend ses effets, à midi, le lendemain du jour où ont été payées à la mutuelle la cotisation arriérée 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 de poursuites et de recouvrement.

LA SUBROGATION

MAAF SANTE est subrogée de plein droit à vous-même ou à vos ayants droit assurés, victimes d'un accident, dans votre action contre le tiers responsable, que la responsabilité du tiers soit entière ou qu'elle soit partagée. Cette subrogation s'exerce dans la limite des dépenses que MAAF SANTE a exposées, à due concurrence de la part d'indemnité mise à la charge du tiers qui répare l'atteinte à l'intégrité physique de la victime.

En est exclue la part d'indemnité, de caractère personnel, correspondant aux souffrances physiques ou morales endurées par la victime et au préjudice esthétique et d'agrément, à moins que la prestation versée par MAAF SANTE n'indemnise ces éléments de préjudice.

De même, en cas d'accident suivi de mort, la part d'indemnité correspondant au préjudice moral des personnes assurées de votre fait leur demeure acquise, sous la même réserve.

LA PRESCRIPTION

Toutes les actions dérivant du contrat sont prescrites par 2 ans à compter de l'événement qui y donne naissance. Si la réclamation porte sur des prestations accordées ou refusées, le délai commence à compter du paiement ou de la décision de refus de paiement desdites prestations.

Passé ce délai, votre action ou celle des assurés (ou celle de la mutuelle) n'est plus recevable.

Toutefois, ce délai ne court :

- 1° En cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru de votre fait ou du fait des assurés, que du jour où la mutuelle 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 votre action ou celle des assurés contre la mutuelle 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 vous ou contre les assurés, ou a été indemnisé par vous.

La prescription peut être 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 avec accusé de réception adressée par la mutuelle à vous-même, en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation, et par vous-même ou les assurés à la mutuelle, en ce qui concerne le règlement de l'indemnité.

LA RADIATION

PAR VOUS MÊME

Toute demande de radiation devra être signifiée par lettre recommandée à l'agence dont vous dépendez au moins deux mois avant le 31 décembre de l'année en cours pour prendre effet le 1^{er} janvier suivant, le cachet de la poste faisant foi.

Les assurés radiés pourront être réintégrés aux conditions d'une adhésion normale.

Aucune prestation ne peut être servie après la date d'effet de la radiation, sauf celles pour lesquelles les conditions d'ouverture du droit étaient antérieurement réunies.

GESTION DES CONTENTIEUX

Tout contentieux est de la compétence des tribunaux du siège social de MAAF SANTE s'il ne peut se résoudre par le biais d'arrangement amiable.

MÉDIATION

Pour toute observation concernant votre contrat, vous pouvez vous adresser à l'Autorité de Contrôle des Assurances et des Mutuelles (ACAM, 61 rue Taitbout - 75436 PARIS Cedex 09 - Tél. 01 55 50 41 76).



la référence qualité prix

MAAF SANTE

MUTUELLE SOUMISE AUX DISPOSITIONS DU LIVRE II DU CODE DE LA MUTUALITÉ - RNM N° 331-542-142 - APE 6512 Z
Siège social : Chaban - 79180 CHAURAY - Adresse : Chaban de Chauray - 79036 NIORT Cedex 9 - www.maaf.fr