

MES BIENS

MON ARGENT

MON ACTIVITÉ
PROFESSIONNELLE

MA FAMILLE



SANTÉ

SANTÉ BIORYTHM

CONDITIONS GÉNÉRALES

NOTICE D'INFORMATION VALANT RÈGLEMENT



Contrat Santé BIORYTHM

Notice d'information valant règlement

TABLEAU DES FORMULES DE GARANTIES	p. 4
■ Précisions sur les garanties Biorythm	p. 6
CE QUE VOUS DEVEZ SAVOIR	p. 8
■ Définitions	p. 8
■ L'objet de la garantie	p. 8
■ Conditions d'adhésion	p. 9
■ Ouverture des droits	p. 9
■ Attestation de Tiers payant	p. 9
■ Modalités de versement des prestations	p. 10
■ Cotisation	p. 11
■ Subrogation	p. 12
■ Prescription	p. 12
■ Radiation	p. 12
■ Médiation	p. 12
ASSISTANCE SANTÉ À DOMICILE	p. 13
■ Tableau des prestations	p. 14
■ Détail des prestations	p. 15
LES SERVICES MAAF SANTECLAIR	p. 17

Loi Informatique et Libertés du 6 janvier 1978 : vous disposez d'un droit d'accès, de rectification et d'opposition sur les informations vous concernant ; ces informations sont destinées à MAAF SANTE, responsable du traitement, à des fins de gestion et de suivi de vos contrats, d'analyse et d'exploitation commerciale ; elles pourront être transmises aux entités du groupe mutuel MAAF et aux partenaires contractuellement liés. Vous disposez du droit de vous opposer à ce que ces données fassent l'objet d'un traitement à des fins de prospection ou soient transmises à des tiers.

Si vous souhaitez exercer vos droits ou obtenir des informations complémentaires, il vous suffit de nous écrire à MAAF SANTE - Coordination informatique et libertés - Chaury - 79030 NIORT cedex 9 ou nous adresser un e-mail à coordonateur.cnil@maaf.fr.

→ TABLEAU DES FORMULES DE GARANTIES

LES GARANTIES SONT EXPRIMÉES **AVEC LA PARTICIPATION DU RÉGIME OBLIGATOIRE**.
 MAAF SANTE intervient seulement après participation du régime d'assurance maladie obligatoire français, dans la limite des frais engagés.

HOSPITALISATION ⁽¹⁾	Niveau 1	Niveau 2	Niveau 3	Niveau 4
• Forfait journalier	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
• Séjour	100 % TC	100 % TC	100 % TC	100 % TC
• Soins et honoraires (2)	100 % TC	100 % TC	150 % TC	250 % TC
• Transport (3)	100 % TC	100 % TC	100 % TC	100 % TC
• Chambre particulière		61 € / nuit	92 € / nuit	122 € / nuit
• Frais d'accompagnant (lit et repas)	Ce niveau n'est pas proposé pour les assurés relevant du régime Alsace-Moselle, car ce régime prend en charge les frais d'hospitalisation à 100 %.	30 € / jour	30 € / jour	30 € / jour
• Maternité		61 € / nuit	92 € / nuit	122 € / nuit
>Chambre particulière		122 €	153 €	153 €
>Prime (versée à la mère assurée) (4)				

SOINS COURANTS	Niveau 2	Niveau 3	Niveau 4
• Consultations, visites, actes médicaux (2)	100 % TC(5)(6)	130 % TC(5)(6)	200 % TC(5)(6)
• Analyses médicales	100 % TC(5)	100 % TC(5)	100 % TC(5)
• Auxiliaires médicaux (3)	100 % TC	100 % TC	100 % TC
• Soins dentaires	100 % TC	100 % TC	100 % TC
• Radios (dont ostéodensitométrie prise en charge par le RO)	100 % TC (5) (6)	130 % TC(5)(6)	200 % TC(5)(6)
• Ostéodensitométrie non prise en charge par le RO*	30 €	50 €	75 €
• Pharmacie :			
>Médicaments (3)	100 % TC	100 % TC	100 % TC
>Accessoires (orthèses, semelles,...)	100 % TC	100 % TC	100 % TC
>Forfait automédication*		30 €	30 €
>Pilule contraceptive non prise en charge par le RO*			45 €
• Ostéopathie et chiropractie (7)		15 €	20 €
• Forfait prévention*	90 €	90 €	90 €
• Prothèse mammaire* (8)	100 % TC + 50 €	100 % TC + 100 €	100 % TC + 150 €
• Prothèse capillaire* (8)	100 % TC + 50 €	100 % TC + 100 €	100 % TC + 150 €
• Transport (3)	100 % TC	100 % TC	100 % TC
• Cure thermale prise en charge par le RO :			
>Forfait thermal, surveillance médicale	100 % TC	100 % TC	100 % TC
>Hébergement(9)	100 % TC	100 % TC + 153 €	100 % TC + 382 €
>Transport	100 % TC	100 % TC	100 % TC

TABLEAU DES FORMULES DE GARANTIES

LES GARANTIES SONT EXPRIMÉES **AVEC LA PARTICIPATION DU RÉGIME OBLIGATOIRE**.
MAAF SANTE intervient seulement après participation du régime d'assurance maladie obligatoire français, dans la limite des frais engagés.

APPAREILLAGES ET PROTHÈSES	Niveau 1	Niveau 2	Niveau 3	Niveau 4
• Dentaire **				
>Couronnes prises en charge par le RO :				
• métallique	100 % TC	100 % TC + 81 €	100 % TC + 122 €	100 % TC + 122 €
• à incrustation vestibulaire	100 % TC	100 % TC + 81 €	100 % TC + 138 €	100 % TC + 229 €
• céramo-métallique	100 % TC	100 % TC + 81 €	100 % TC + 168 €	100 % TC + 275 €
>Autres prothèses prises en charge par le RO	100 % TC	175 % TC	250 % TC	350 % TC
>Prothèses non prises en charge par le RO			153 €	250 €
>Implants (10)			520 €	800 €
Plafond annuel pour les couronnes, les prothèses et les implants, pour la part dépassant le TC.		500 €	700 €	1000 €
Bonus fidélité, plafond majoré de 150 € après 2 années de présence :				
• la 3 ^{ème} année		650 €	850 €	1150 €
• la 4 ^{ème} année		800 €	1000 €	1300 €
• la 5 ^{ème} année et les suivantes		950 €	1150 €	1450 €
>Orthodontie :				
• prise en charge par le RO (8)	100 % TC	150 % TC	200 % TC	300 % TC
• non prise en charge par le RO				370 €
• Optique *				
>Lunettes (11)	Monture + 2 verres	Monture + 2 verres(12)(13)	Monture + 2 verres(12)(13)	Monture (13) + 2 verres(12)
Avantages réseau SANTÉCLAIR (Métropole seulement)				
Verres unifocaux				
• petite correction	100 % TC	100 % TC + 100 €	100 % TC + 150 €	100 % TC + 80 € jusqu'à 18 ans Frais réels
• moyenne correction	100 % TC	100 % TC + 150 €	100 % TC + 210 €	
• forte correction	100 % TC	100 % TC + 210 €	100 % TC + 260 €	
Verres multifocaux	100 % TC	100 % TC + 210 €	100 % TC + 260 €	100 % TC + 130 € au-delà de 18 ans Frais réels
• Hors réseau SANTÉCLAIR				
Toutes corrections	100 % TC	100 % TC + 92 €	100 % TC + 138 €	100 % TC + 200 €
>Lentilles prises ou non en charge par le RO	100 % TC (14)	100 % TC (14) + 92 €	100 % TC (14) + 107 €	100 % TC (14) + 153 €
>Chirurgie réfractive non prise en charge par le RO			150 € / œil	250 € / œil
• Achat fauteuil roulant* (8)	100 % TC	100 % TC + 500 €	100 % TC + 1500 €	100 % TC + 2000 €
• Appareillages auditifs	100 % TC	250 % TC	300 % TC	350 % TC
• Autres appareillages (achat lit médicalisé, achat chaussures orthopédiques...)	100 % TC	100 % TC	100 % TC	350 % TC

Elle ne peut être souscrite qu'avec un contrat comportant les modules Hospitalisation, Soins courants et Appareillages/prothèses.

OPTION	Niveau 1	Niveau 2	Niveau 3
• Indemnités Journalières Hospitalisation	16 € / jour	31 € / jour	46 € / jour

- (1) Les garanties pour les hospitalisations pour affections psychopathologiques en secteur public ou privé sont limitées à 90 jours par année civile.
- (2) Prise en charge intégrale du forfait de 18 € appliqué sur les actes médicaux d'un montant ≥ à 91 € réalisés à l'hôpital ou en ville.
- (3) Les franchises sur les médicaments, les actes paramédicaux et le transport ne sont pas prises en charge par le contrat, quel que soit le niveau de garanties souscrit.
- (4) Le versement de la prime est limité à 2 en cas de naissances multiples.
- (5) Hors participation forfaitaire.

- (6) 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.
- (7) 4 consultations au choix par année civile.
- (8) Les prestations sont souvent prises en charge à 100 % du TC par le régime obligatoire.
- (9) En l'absence de participation du régime obligatoire sur les frais d'hébergement, MAAF SANTE ne rembourse que le forfait de 153 € ou 382 € selon le niveau souscrit. Ce sera toujours le cas pour les TNS pour lesquels le RO n'intervient jamais.
- (10) Un seul remboursement forfaitaire, même si les soins pour un même implant sont réalisés sur 2 années mobiles.

- (11) En cas d'achat d'une monture seule dans le réseau Santéclair, le forfait appliqué est toujours celui de la petite correction du niveau souscrit (niveaux 2 et 3).
Les montants lunettes réseau / hors réseau ne se cumulent pas
 - (12) Y compris traitements amincis et anti-rayures
 - (13) Y compris autres traitements (anti-reflets, teintés, ...)
 - (14) Uniquement pour les lentilles prises en charge par le RO.
- * Forfaits annuels par année civile.
** Forfaits par année mobile (par période de 12 mois à compter de la date d'effet du contrat). Pour les couronnes, les forfaits s'entendent par couronne.

Tous les assurés bénéficient, en plus des garanties énumérées dans les modules, de la garantie «Assistance Santé à domicile». Les services MAAF Santéclair sont réservés aux assurés résidant en Métropole, ainsi que l'option «Indemnités Journalières Hospitalisation».

➔ PRÉCISIONS SUR LES GARANTIES BIORYTHM

➔ Module HOSPITALISATION

Lors d'une hospitalisation en ambulatoire : les frais de **transport** seront remboursés au titre du module Hospitalisation et les éventuels **dépassements d'honoraires** le seront si le niveau 3 ou 4 de ce module a été souscrit. Les éventuels frais de **chambre particulière** ne seront pas remboursés au titre du contrat Biorythm.

➔ Module SOINS COURANTS

Accessoires : tout ce qui est considéré comme petit appareillage par le régime Obligatoire et pris en charge à ce titre à 65% du tarif de convention.

Automédication : il s'agit des médicaments achetés en pharmacie sans ordonnance.

La prévention :

Les actes de prévention préconisés par la réglementation sur les contrats responsables et pris en charge au titre de votre contrat Biorythm en complément du régime obligatoire sont les suivants :

- détartrage annuel,
- scellement de sillons 1ère et seconde molaire (moins de 14 ans),
- bilan du langage oral et/ou bilan d'aptitudes et d'acquisition du langage écrit (moins de 14 ans),
- dépistage de l'hépatite B,
- dépistage des troubles de l'audition (une fois tous les 5 ans pour les plus de 50 ans),
- ostéodensitométrie (une fois tous les 6 ans pour les femmes de plus de 50 ans),
- vaccins : DT Polio, coqueluche, hépatite B (moins de 14 ans) BCG (moins de 6 ans), rubéole (adolescentes non vaccinées et femmes qui veulent un enfant), vaccin contre la méningite (*haemophilus influenzae*) et vaccin contre les infections invasives à pneumocoques (moins de 18 mois).

MAAF SANTE complète ce dispositif par **un forfait de 90 €** par an et par assuré pour des actes non pris en charge par le régime obligatoire :

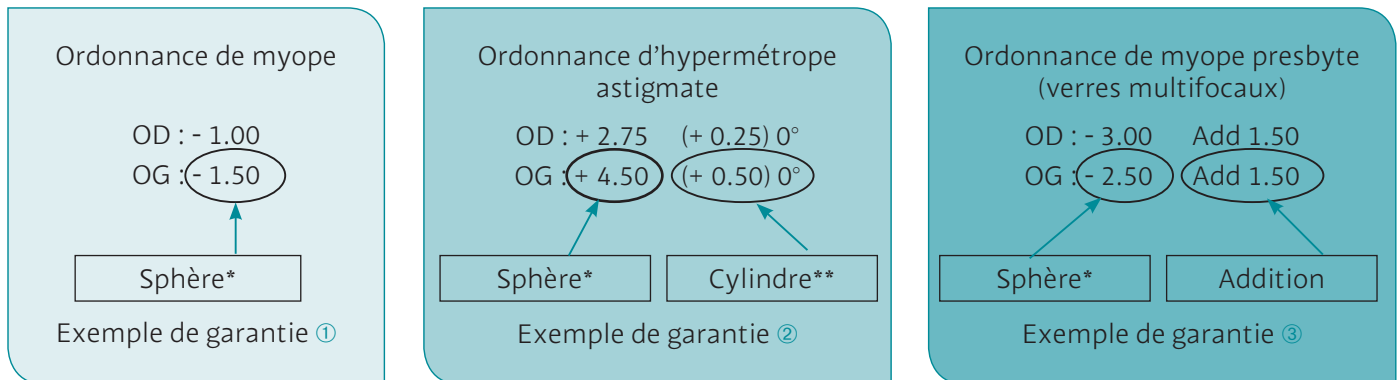
- consultations diététiques,
- vaccins non pris en charge (dont le vaccin anti-grippe),
- tests et auto-tests de dépistage :
 - infections urinaires,
 - virus utérin : le papillomavirus (recommandé aux femmes, âgées de 30 à 65 ans une fois tous les 3 ans),
- préservatifs (limités à 30 € / an),
- sevrage tabagique : tout substitut nicotinique prescrit (patchs, comprimés, gommes, pastilles ...) (limité à 50 € /an),
- crèmes solaires prescrites (limitées à 30 €/an).

➔ PRÉCISIONS SUR LES GARANTIES BIORYTHM

➔ Module APPAREILLAGES / PROTHÈSES

➔ 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.



* 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

	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.

➔ Avec le niveau 4 de Biorythm :

■ **les verres** achetés chez un opticien partenaire du réseau MAAF Santéclair, ainsi que les traitements amincis et anti-rayures sont remboursés intégralement,

■ **la monture** achetée dans le réseau MAAF Santéclair, est remboursée à 100% du tarif de convention, s'ajoute un forfait annuel de 80 € pour les enfants (jusqu'à 18 ans) et de 130 € pour les adultes. Ce forfait inclus le remboursement des autres traitements tels que anti-reflets, teinté...

La chirurgie réfractive (non prise en charge par le RO) a pour but de corriger les anomalies de vision optique (myopie, astigmatisme, hypermétropie) de façon à améliorer l'acuité visuelle sans correction et donc de diminuer la dépendance aux lunettes ou aux lentilles de contact.

➔ CE QUE VOUS DEVEZ SAVOIR

➔ DÉFINITIONS

Assuré : toute personne désignée par le sociétaire dont la demande d'assurance a été acceptée par MAAF SANTE.

Assureur : MAAF SANTE.

Accident : toute lésion corporelle et médicalement constatée provenant de l'action violente, soudaine et imprévisible d'une cause extérieure

Ambulatoire : hospitalisation de courte durée en milieu hospitalier sans y passer la nuit, pour une intervention chirurgicale ou des examens médicaux.

Télétransmission : échange de données informatiques entre les Régimes Obligatoires et MAAF SANTE évitant ainsi l'envoi des décomptes et permettant un remboursement automatique plus rapide.

Cette procédure concerne actuellement les assurés qui dépendent de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie, du régime local Alsace Moselle ou de la Caisse d'Assurance Maladie des Travailleurs Non Salariés de la RAM-GAMEX.

➔ L'OBJET DE LA GARANTIE

➔ MAAF SANTE a pour objet :

- D'allouer à ses sociétaires et aux assurés désignés, dans les conditions fixées par le règlement mutualiste, des prestations en cas de maladie, chirurgie, maternité, accident, ainsi que des indemnités journalières en cas d'hospitalisation, selon plusieurs modules (Hospitalisation, Soins courants, Appareillages et Prothèses, Indemnités journalières hospitalisation) et plusieurs niveaux de remboursements (de 1 à 4).
- De rembourser les dépenses de maladie dans la limite des frais engagés par le sociétaire.
- Etendue territoriale :

MAAF SANTE intervient seulement après participation d'un régime d'Assurance maladie obligatoire Français.

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'option Indemnités journalières hospitalisation

C'est une indemnité qui permet de faire face, en cas d'hospitalisation d'un assuré dans un hôpital ou une clinique, aux frais annexes : achat de revues, livres, jeux pour les enfants, frais de transport d'un proche, communications téléphoniques, garde des enfants...

Cette option doit toujours être souscrite avec un contrat complet (Hospitalisation - Soins courants - Appareillages / Prothèses).

L'assuré choisit parmi 3 niveaux de garanties.

L'indemnité est versée :

- en cas de maladie ou de maternité à partir du 1^{er} jour d'hospitalisation si celle-ci dure plus de 3 jours,
- en cas d'accident : à partir du 1^{er} jour d'hospitalisation, quelle que soit sa durée.

La durée maximum d'indemnisation est de 365 jours par hospitalisation. Elle se calcule du 1^{er} au dernier jour d'hospitalisation (jour d'entrée et jour de sortie inclus).

Cette garantie cesse de plein droit au 31 décembre de l'année où l'assuré atteint ses 70 ans

Ne donnent pas droit au versement de l'indemnité journalière :

- les séjours dans un milieu non hospitalier,
- les hospitalisations de jour,
- les hospitalisations à domicile,
- les séjours effectués en établissements, maisons, centres ou unités de long séjour, maisons de santé de toute nature y compris celles consacrées à la lutte contre toute affection psychopathologique, contre l'alcoolisme et la toxicomanie,
- les maisons d'enfants à caractère sanitaire (IME...),
- les hospitalisations dues à des traitements à but esthétique, de rajeunissement, d'amaigrissement et diététique,
- les séjours effectués dans des établissements de cure hors hospitalisation ou ceux nécessités par l'état des personnes qui n'ont plus leur autonomie de vie d'une manière irréversible et qui nécessite une surveillance constante et/ou des traitements d'entretien, de réadaptation et de rééducation fonctionnelle.

➔ La garantie exonération de cotisation

MODALITÉS D'APPLICATION

En cas de décès du sociétaire ou de son conjoint assuré MAAF SANTE, tous les bénéficiaires présents au contrat à la date du décès sont exonérés de cotisation pendant 12 mois, cette période commençant à partir du premier jour de la quinzaine qui suit le décès.

Cette exonération concerne également les enfants à naître ou le (la) conjoint(e) assuré(e) sur un autre contrat MAAF SANTE.

L'ouverture des droits à garantie est effective :

- sans délai si le décès résulte d'un accident,
- après 12 mois de présence à MAAF SANTE si le décès du sociétaire ou de son conjoint assuré découle d'une maladie (le suicide est assimilé à une maladie).

Cette garantie joue, quels que soient les modules et les niveaux souscrits.

➔ CE QUE VOUS DEVEZ SAVOIR

CAS D'UNE MODIFICATION DE GARANTIE À LA HAUSSE

Un assuré qui bénéficie de l'exonération de cotisations peut modifier ses garanties à la hausse mais, dans ce cas, la différence de cotisation reste à sa charge.

De même, si sur un dossier bénéficiant de l'exonération, il y a adjonction d'un nouvel assuré, ses cotisations ne seront pas exonérées (sauf pour un nouveau-né).

date d'effet du contrat,

- un enfant nouveau-né ou adopté déclaré à MAAF SANTE dans les 3 mois de la naissance ou de la date d'accueil par les parents adoptifs,
- l'ajout du conjoint dans les 3 mois qui suivent le mariage. Celui-ci suit la situation du sociétaire : ainsi si le sociétaire n'a pas terminé sa période de délais d'attente, le conjoint devra supporter le même reliquat.

➔ SUR LES CONDITIONS D'ADHÉSION

■ Peuvent adhérer à MAAF SANTE, les personnes qui remplissent les conditions suivantes :

- être ressortissant d'un régime d'assurance maladie obligatoire français,
 - toute personne âgée de + de 70 ans à l'adhésion doit justifier de son appartenance à une autre Mutuelle ou Société d'Assurances, sur présentation d'un justificatif indiquant que la radiation n'est pas supérieure à 3 mois.
 - les personnes âgées de plus de 65 ans et résidant en Métropole ne peuvent pas souscrire l'option Indemnités journalières hospitalisation.
 - les personnes résidant dans les départements d'Outre-Mer ne peuvent pas souscrire l'option Indemnités journalières hospitalisation.
- **Le contrat prend effet au plus tôt le lendemain de la date de sa signature.**

EN COURS DE CONTRAT

Si un assuré change de régime d'assurance maladie obligatoire et demande l'assurance complémentaire adaptée au nouveau régime, il n'est pas soumis aux délais d'attente.

Tout changement de garanties à la hausse n'est possible qu'après au moins 6 mois de présence à MAAF SANTE.

Les nouvelles garanties s'appliquent alors immédiatement.

Tout changement de garantie vers une formule prévoyant des prestations inférieures n'est possible qu'au 1^{er} janvier de chaque année.

Si le contrat santé est résilié et que seule l'option Indemnités journalières hospitalisation est conservée, elle ne peut être supérieure au niveau 1.

MAAF SANTE accepte l'adjonction d'un assuré sur le contrat du sociétaire avec un effet rétroactif à la date de l'événement uniquement si la demande est faite dans les 3 mois en cas :

- de naissance ou d'adoption
- de mariage ou de pacs.

➔ OUVERTURE DES DROITS

À L'ADHÉSION

L'application de délais d'attente diffère l'ouverture des droits de :

- 3 mois pour toutes les garanties du module Soins courant (hors cure), l'optique, l'auditif, les autres appareillages et l'option Indemnités Journalières Hospitalisation, lorsqu'elle est liée à une maladie.
- 6 mois pour toute hospitalisation (y compris la maternité), la prothèse dentaire, l'implantologie, l'orthodontie et la cure thermale (pour tout traitement commencé après la date d'ouverture des droits).

Les règles d'application des délais d'attente :

Niveaux 1 et 2	Niveaux 3 et 4
Indemnisation immédiate	Indemnisation sur la base du niveau 2 pendant la durée d'application des délais d'attente

Les dérogations à l'application des délais d'attente :

- Il y a application immédiate des garanties pour :
- des soins consécutifs à un accident survenu après la

➔ ATTESTATION DE TIERS PAYANT

MAAF SANTE envoie une attestation de tiers payant permettant à l'assuré de justifier de son appartenance à la mutuelle et de ne pas faire l'avance des frais chez le pharmacien, le radiologue, au laboratoire, à l'hôpital, à la clinique... et auprès des professionnels du réseau partenaire MAAF Santéclair.

Cette attestation est adressée dans les 7 jours qui suivent la demande d'adhésion à MAAF SANTE.

Si l'assuré ne subit pas de délais d'attente, elle sera valable jusqu'au 31/12 de l'année en cours.

Si l'assuré bénéficie de garanties de niveau 2 pendant les délais d'attente, il recevra une attestation mentionnant uniquement les garanties acquises. Au fur et à mesure de l'ouverture de ses droits, il recevra une nouvelle attestation tenant compte de l'évolution de sa situation.

Aux environ du 15 décembre de chaque année, il recevra une nouvelle attestation avec une période de validité du 1^{er} janvier au 31 décembre de l'année suivante.

A chaque évolution des garanties de son contrat ou de sa situation personnelle, une nouvelle attestation prenant en compte le changement lui sera adressée.

➔ CE QUE VOUS DEVEZ SAVOIR

➔ LES MODALITÉS DE VERSEMENT DES PRESTATIONS

- MAAF SANTE intervient après participation d'un régime d'assurance maladie obligatoire français sur les tarifs de base retenus par celui-ci.
- La participation de MAAF SANTE s'effectue à partir :
 - soit du décompte original émis par le régime obligatoire,
 - soit de la facture correspondant aux frais engagés,
 - soit de l'ordonnance prescrite par le praticien.

Si l'assuré bénéficie de la télétransmission, les frais pris en charge par le régime obligatoire feront l'objet d'un remboursement sans fournir au préalable le décompte.

Important : tout nouvel assuré qui bénéficiait déjà de la télétransmission de ses remboursements auprès de son assureur précédent doit impérativement demander à celui-ci d'en faire supprimer l'accord auprès du régime obligatoire pour que MAAF SANTE puisse, à son tour, mettre en place cette procédure.

➔ MODULE HOSPITALISATION

Prestations prises en charge par le régime obligatoire		
Nature de la prestation	Justificatifs	
<ul style="list-style-type: none"> ■ soins / honoraires ■ frais de séjour ■ transport 	} décompte du régime obligatoire ou facture des frais réels	
Prestations non prises en charge par le régime obligatoire		
Nature de la prestation		Justificatifs
<ul style="list-style-type: none"> ■ forfait journalier ■ frais d'accompagnant ■ chambre particulière ■ garantie Assistance : location de téléviseur ■ prestation avec dépassements d'honoraires 	} facture du centre hospitalier ou de la clinique	
<ul style="list-style-type: none"> ■ prime maternité 		tout justificatif de naissance (si l'enfant n'est pas assuré à MAAF SANTE)

➔ MODULE SOINS COURANTS

Prestations prises en charge par le régime obligatoire	
Nature de la prestation	Justificatifs
<ul style="list-style-type: none"> ■ consultations, visites ■ auxiliaires, actes médicaux ■ analyses ■ radios ■ médicaments ■ accessoires ■ soins dentaires ■ transport 	} décompte du régime obligatoire
<ul style="list-style-type: none"> ■ prothèses mammaire et capillaire 	
<p>Cure thermique :</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ forfait : surveillance médicale ■ transport 	} décompte du régime obligatoire
<ul style="list-style-type: none"> ■ hébergement 	

Prestations non prises en charge par le régime obligatoire	
Nature de la prestation	Justificatifs
<ul style="list-style-type: none"> ■ ostéodensitométrie ■ ostéopathie ■ chiropractie ■ consultations diététiques 	} facture du praticien
<ul style="list-style-type: none"> ■ pilule contraceptive ■ médicaments achetés en pharmacie sans ordonnance ■ vaccins ■ tests et auto-tests de dépistage 	
<ul style="list-style-type: none"> ■ sevrage tabagique prescrit ■ crèmes solaires prescrites 	} ordonnance + facture du pharmacien
<ul style="list-style-type: none"> ■ préservatifs 	

CE QUE VOUS DEVEZ SAVOIR

MODULE APPAREILLAGES ET PROTHÈSES

Prestations prises en charge par le régime obligatoire	
Nature de la prestation	Justificatifs
■ couronnes dentaires	décompte du régime obligatoire + facture du dentiste précisant les montants et les matériaux* (niveaux 3 et 4)
■ prothèses dentaires	} décompte du régime obligatoire
■ orthodontie	
■ lunettes	décompte du régime obligatoire + facture de l'opticien (niveau 4) ou facture des frais réglés
■ lentilles	décompte du régime obligatoire
■ achat fauteuil roulant	} décompte du régime obligatoire et facture des frais réglés
■ appareils auditifs	
■ autres appareillages (achat lit médicalisé, chaussures orthopédiques...)	

* facture indispensable si la télétransmission est utilisée

Prestations non prises en charge par le régime obligatoire	
Nature de la prestation	Justificatifs
■ prothèses dentaires	} facture du praticien
■ implants dentaires	
■ orthodontie	
■ lentilles	facture de l'opticien
■ chirurgie réfractive	facture de la clinique

Garantie spécifique	
Nature de la garantie	Justificatifs
■ Exonération de la cotisation en cas de décès (du sociétaire ou du conjoint assuré)	certificat de décès + justificatif de vie maritale ou de pacte civil de solidarité (si le conjoint est assuré à titre personnel à MAAF SANTE)

OPTION INDEMNITÉS JOURNALIÈRES HOSPITALISATION

Nature de la prestation	Justificatifs
■ Indemnités Journalières	Facture du centre hospitalier ou de la clinique

- Les demandes de remboursement doivent, sauf cas de force majeur, être présentées à MAAF SANTE dans un délai maximum de six mois après paiement par le régime obligatoire.

COTISATION

CALCUL DE LA COTISATION

La cotisation est fonction de quatre critères : le régime, le niveau de garantie, l'adresse de l'assuré, l'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.

Elle s'applique à(aux) l'enfant(s) dont la(les) cotisation(s) est(ont) la(les) moins élevée(s).

Toute quinzaine commencée est due en totalité.

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.

➔ CE QUE VOUS DEVEZ SAVOIR

➔ CONDITIONS DE RÈGLEMENT DE LA COTISATION

Les sociétaires s'engagent 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.

Chaque émission de cotisation entraîne des frais d'échéance dont le montant est déterminé par le Conseil d'Administration.

Pour percevoir leurs prestations, les sociétaires doivent être à jour de leurs cotisations et de celles des membres de leur famille qu'ils ont désignés comme assurés.

➔ SUBROGATION

MAAF SANTE est subrogée de plein droit à l'adhérent victime d'un accident dans son 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 assurés sous le même numéro de sociétaire leur demeure acquise, sous la même réserve.

➔ 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 des dites prestations.

Passé ce délai, l'action de l'assuré (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, du fait du membre participant, 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 l'action du participant, du bénéficiaire ou de l'ayant droit 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 le membre participant ou l'ayant droit, ou a été indemnisé par celui-ci.

La prescription peut être interrompue par tout moyen de droit commun ou par l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception.

➔ RADIATION

➔ PAR LE SOCIÉTAIRE

Toute demande de radiation devra être signifiée par lettre recommandée à l'agence dont dépend le sociétaire 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.

➔ PAR MAAF SANTE

Sont radiés, les assurés qui ne remplissent plus les conditions auxquelles les statuts subordonnent l'admission, à savoir :

Lorsque seule demeure sur le contrat l'option Indemnités journalières et que le dernier bénéficiaire présent a atteint ses 70 ans.

Dans ce cas, la radiation a lieu de plein droit au 31 décembre de l'année des 70 ans.

En cas de non paiement de la cotisation à la date prévue.

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 du membre participant. 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, le membre participant est 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 des garanties.

La garantie non résiliée 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.

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.

➔ 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).

➔ ASSISTANCE SANTÉ À DOMICILE

Les garanties ci-après 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.

Est considérée comme imprévue toute hospitalisation devant avoir lieu dans un délai d'un mois à compter de la déclaration de la maladie.

Vous avez choisi MAAF SANTE comme Mutuelle complémentaire : ces garanties s'adressent à vous-même, à votre conjoint (de droit ou de fait), à vos enfants à charge ainsi qu'à vos parents s'ils habitent sous votre 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, appelez en priorité les **services publics** :

Le Samu centre : 15

Les pompiers : 18

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

MAAF ASSISTANCE est à votre écoute 24H/24 - 7J/7

Munissez vous de votre Numéro de Sociétaire et appelez le :

▶ N° Vert 0 800 16 17 18

(appel gratuit à partir d'un poste fixe)

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

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. 13).

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 animalière.

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.

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

Si 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 optique de plus de 1 400 opticiens qui vous offre :

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

■ Le tiers payant optique :

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

Des cliniques à votre service :

Si vous êtes myope, astigmate, 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 vous 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 (par exemple 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 (couronnes, 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 vous 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).

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.

LES SERVICES DE MAAF SANTÉCLAIR

DES INFORMATIONS HOSPITALIÈRES :

Vous accédez au PALMARÈS DES HÔPITAUX, à partir du site www.maaf.fr ou par téléphone auprès de MAAF Santéclair.

Ce service vous permet de savoir quel est le meilleur établissement pour un acte de chirurgie spécifique.

Le classement retient les critères qualité permettant d'évaluer la sécurité d'un établissement, tels que :

- Pour la chirurgie :
 - le volume de réalisation de l'acte
 - la durée moyenne de séjour
 - le taux de décès
- Pour la maternité :
 - la fréquence des accouchements multiples
 - le taux de transferts
- En cas de dépassements d'honoraires importants demandés par votre praticien pour réaliser une intervention chirurgicale, vous pouvez adresser le devis établi par celui-ci à MAAF Santéclair avant de donner votre accord.

Un spécialiste MAAF Santéclair l'analysera et, si besoin, vous donnera les éléments pour en faire diminuer le montant.

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.

L'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 ou audioprothèse 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 votre 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.



la référence qualité prix

MAAF SANTE

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