

MES BIENS

MA FAMILLE

MON ARGENT

**MON ACTIVITÉ
PROFESSIONNELLE**



SANTÉ COLLECTIVE

SANTÉ PROFIL SALARIÉS

CONDITIONS GÉNÉRALES



Assurance SANTÉ PROFIL SALARIÉS

Conditions Générales

réf. 01.01.12

OBJET DE L'ASSURANCE	p. 4
QUI PEUT ADHÉRER ET ÊTRE ASSURÉ ?	p. 4
LES CAS D'EXONÉRATION POSSIBLES	p. 4
LES CONDITIONS D'ADMISSION	p. 5
LES GARANTIES : DÉFINITIONS ET ÉTENDUE	p. 5
■ Étendue des garanties	p. 5
TABLEAU DES FORMULES DE GARANTIES	p. 6
■ Précisions sur les garanties	p. 7
■ Comment lire une ordonnance optique	p. 8
■ Les défauts de vision pour adultes et enfants	p. 8
ASSISTANCE SANTÉ À DOMICILE	p. 8
■ Détails des prestations	p. 10
LES SERVICES	p. 14

ÉTENDUE TERRITORIALE	p. 16
L'ENTRÉE EN VIGUEUR DU CONTRAT ET DES GARANTIES	p. 16
DURÉE DU CONTRAT	p. 16
LE RÈGLEMENT DES PRESTATIONS	p. 16
LES LIMITES DES REMBOURSEMENTS	p. 17
LES OBLIGATIONS DE L'ENTREPRISE	p. 17
■ Les obligations de l'entreprise, souscriptrice, à l'égard de l'assureur	p. 17
■ Les obligations de l'entreprise, souscriptrice, à l'égard des assurés	p. 17
LES COTISATIONS	p. 18
■ Calcul de la cotisation	p. 18
■ Conditions de règlement de la cotisation	p. 18
■ Non paiement des cotisations	p. 18
LA SUBROGATION	p. 18
LA PRESCRIPTION	p. 18
LA CESSATION DES GARANTIES	p. 19
LE MAINTIEN DES GARANTIES	p. 19
LES DISPOSITIONS GÉNÉRALES	p. 20
■ Le droit applicable	p. 20
■ Le service consommateur	p. 20
■ La communication des informations	p. 20
LEXIQUE	p. 21

→ CE QUE VOUS DEVEZ SAVOIR

L'OBJET DE L'ASSURANCE

Les garanties du présent contrat sont assurées par MAAF SANTE et sont régies par le Code de la Mutualité.

Le contrat a pour objet de garantir le remboursement des frais médicaux et chirurgicaux engagés par les bénéficiaires du contrat en complément des prestations en nature servies par un régime obligatoire maladie français, dans la limite des garanties et du niveau choisis par le souscripteur. Le remboursement des dépenses a un caractère indemnitaire et ne peut être supérieur au montant des frais restant à charge.

Le contrat est composé des conditions générales et des conditions particulières. Ces dernières précisent la nature et le niveau des garanties souscrites et décrivent les personnes assurées.

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

QUI PEUT ADHÉRER ET ÊTRE ASSURÉ ?

Le contrat peut être souscrit par toute entreprise située en France métropolitaine.

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

Il s'applique à L'ENSEMBLE DES SALARIÉS, y compris LES PERSONNES ASSIMILÉES À DES SALARIÉS au regard du Régime Général, APPARTENANT AUX CATEGORIES DE PERSONNEL RETENUES POUR LE CONTRAT du souscripteur et inscrits, lors de leur admission au contrat, sur la liste des actifs.

Les bénéficiaires du contrat sont ceux désignés aux conditions particulières. Il peut s'agir de :

- l'assuré lui-même, membre du personnel du souscripteur,
- le conjoint non séparé de corps bénéficiant de la Sécurité sociale, du fait de l'affiliation de l'assuré ou d'une affiliation personnelle (régime général ou régime d'assurance maladie des professions indépendantes),
- les enfants à charge célibataires :
 - bénéficiant de la Sécurité sociale du fait de l'affiliation de l'assuré ou de celle du 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,

- les ascendants à charge, bénéficiant de la Sécurité sociale, du fait de l'affiliation de l'assuré, de celle du 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 l'assuré, est assimilée à la qualité de conjoint.
- Le calcul de l'âge est effectué par différence de millésime entre celui de l'exercice d'assurance considéré et celui de l'année de naissance du bénéficiaire.

LES CAS D'EXONÉRATION POSSIBLES

A l'initiative de l'employeur

L'employeur doit proposer le contrat à tous les salariés de la ou des catégories concernées par le contrat. Il peut toutefois prévoir, lors de la mise en place du contrat, d'insérer une condition d'ancienneté ne pouvant pas excéder 12 mois.

A l'initiative des salariés

Lors de la mise en place du contrat, et si celui-ci relève d'une décision unilatérale, les salariés présents peuvent ne pas y adhérer sauf lorsque la cotisation est prise en charge totalement par l'employeur.

Lorsque le contrat est mis en place par référendum ou accord collectif, seuls les salariés justifiant chaque année d'un contrat obligatoire par ailleurs peuvent ne pas adhérer.

Les salariés embauchés après la mise en place du contrat sont obligés quant à eux d'y adhérer.

CE QUE VOUS DEVEZ SAVOIR

Cependant, les salariés suivants ont la faculté de refuser la proposition d'adhésion au régime que leur soumet la société en le formalisant par courrier :

- les salariés sous contrat à durée déterminée et les salariés saisonniers : cette dispense est de droit pour les salariés bénéficiaires d'un contrat d'une durée inférieure à 12 mois. Pour des contrats supérieurs à 12 mois, les salariés doivent justifier d'une couverture santé souscrite par ailleurs ;
- les salariés bénéficiant d'une couverture complémentaire obligatoire de remboursement de frais de santé dans le cadre d'un autre emploi (salariés à employeurs multiples) et qui le justifient annuellement par la production d'une attestation d'affiliation ;
- les bénéficiaires d'une aide à l'acquisition d'une complémentaire santé prévue à l'article L. 863-1 du code de la Sécurité sociale : la dispense ne vaut que jusqu'à l'échéance de leur contrat individuel ;
- les bénéficiaires d'une couverture complémentaire prenant place dans le cadre de la Couverture Maladie Universelle et qui le justifient annuellement, auprès de la direction, par la production de la décision administrative d'attribution de la protection complémentaire ;
- les salariés à temps très partiel (inférieur à un mi-temps) et les apprentis si la cotisation salariale est d'un montant égal ou supérieur à 10 % de leur rémunération.

En tout état de cause, ces salariés seront tenus de cotiser au régime lorsqu'ils cesseront de justifier de leur situation.

LES CONDITIONS D'ADMISSION

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

LES GARANTIES : DÉFINITIONS ET ÉTENDUE

Étendue des garanties

Le niveau de garantie, choisi parmi les différentes formules proposées p. 6, est indiqué sur les conditions particulières remises à l'entreprise. Les taux de remboursement comprennent la participation du régime obligatoire et de tout autre régime complémentaire ayant déjà effectué des remboursements pour tout ou partie.

TABLEAU DES FORMULES DE GARANTIES

Les garanties sont exprimées avec la participation de la Sécurité sociale.

	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 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
■ Soins et honoraires	100 % BR	150 % BR	200 % BR	300 % BR	400 % BR
■ Transport	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
■ 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 naissance.....		150 €	200 €	250 €	350 €
SOINS COURANTS (2)					
■ Consultations, visites, actes médicaux.....	100 % BR	150 % BR	200 % BR	300 % BR	400 % BR
■ Auxiliaires médicaux.....	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
■ Analyses médicales	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
■ Radios (y compris l'ostéodensitométrie prise en charge par la SS)	100 % BR	150 % BR	200 % BR	300 % BR	400 % BR
■ Ostéodensitométrie non prise en charge par la SS	40 €	40 €	75 €	75 €	75 €
■ Ostéopathie, chiropractie	10 €	20 €	30 €	40 €	40 €
■ Transport	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
■ Cure thermale prise en charge par la SS :					
- Forfait thermal, surveillance médicale.....	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
- Hébergement.....	100% BR+100€	100% BR+200€	100% BR+300€	100% BR+400€	100% BR+400€
- Transport.....	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
PHARMACIE (3)					
■ Médicaments	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
■ Accessoires/Petit appareillage (semelles, attelles...)....	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
■ Pilule contraceptive non prise en charge par la SS			45 €	60 €	60 €
■ Prothèse mammaire	100% BR+50 €	100 % BR + 100 €	100% BR+150 €	100 % BR+200 €	100 % BR+200 €
■ Prothèse capillaire.....	100% BR+50 €	100 % BR + 100 €	100% BR+150 €	100 % BR+200 €	100 % BR+200 €
OPTIQUE (4)					
■ Lunettes (monture + 2 verres) 1 paire/an					
Chez un opticien partenaire Santéclair (uniquement pour les assurés résidant en métropole)					
Verres simples					
- petite correction	100 % BR+160 €	100 % BR+210 €	100 % BR+260 €	100 % BR+310 €	100 % BR+360 €
- moyenne correction.....	100 % BR+210 €	100 % BR+260 €	100 % BR+310 €	100 % BR+360 €	100 % BR+410 €
- forte correction	100 % BR+260 €	100 % BR+310 €	100 % BR+360 €	100 % BR+410 €	100 % BR+460 €
Verres multifocaux	100 % BR+260 €	100 % BR+310 €	100 % BR+360 €	100 % BR+410 €	100 % BR+460 €
Chez un autre opticien					
Toutes corrections	100 % BR+150 €	100 % BR+200 €	100 % BR+250 €	100 % BR+300 €	100 % BR+350 €
■ Lentilles (prises ou non en charge par la SS)	100% BR*+50 €	100 % BR*+100 €	100 % BR*+150 €	100 % BR*+200 €	100 % BR*+250 €
■ Chirurgie réfractive non prise en charge par la SS..		150 €/œil	200 €/œil	300 €/œil	400 €/œil
*Uniquement pour les lentilles prises en charge par la SS					
DENTAIRE (5)					
■ Soins dentaires.....	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
■ Prothèses prises en charge par la SS	200 % BR	250 % BR	350 % BR	400 % BR	450 % BR
■ Prothèses non prises en charge par la SS		150 €	200 €	250 €	300 €
■ Implantologie.....		400 €	520 €	800 €	1000 €
■ Plafond annuel (pour les prothèses prises ou non en charge par la SS et l'implantologie) pour la part dépassant le 100 % de la BR	600 €	800 €	1000 €	1500 €	2000 €
■ Traitement orthodontique pris en charge par la SS	150 % BR	200 % BR	250 % BR	300 % BR	400 % BR
■ Traitement orthodontique non pris en charge par la SS			350 €	400 €	500 €
APPAREILLAGES (6)					
■ Fauteuil roulant (achat).....	100% BR+500 €	100 % BR+1000 €	100% BR+1500 €	100% BR+2000 €	100% BR+2000 €
■ Appareillages auditifs.....	250 % BR	300 % BR	350 % BR	400 % BR	450 % BR
■ Grand appareillage (achat lit médicalisé, achat chaussures orthopédiques, orthèses...)	250 % BR	300 % BR	350 % BR	400 % BR	450 % BR
FORFAIT PRÉVENTION (7).....			90 €		
ASSISTANCE SANTÉ A DOMICILE			24 H / 24 ; 7j / 7		
SERVICES Santéclair			oui		

Les différents forfaits exprimés dans le tableau sont des forfaits annuels, par année civile. Les garanties sont celles en vigueur au 01.01.12

SS : Sécurité Sociale

BR : Base de Remboursement : tarif servant de référence à la Sécurité sociale pour déterminer le montant de son remboursement.

CE QUE VOUS DEVEZ SAVOIR

Précisions sur les garanties

(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 \geq à 120 € réalisés à l'hôpital ou en ville est pris en charge intégralement.
- Une franchise de 2 €/transport est laissée à la charge du patient par la Sécurité sociale. MAAF SANTE ne la prend pas en charge.
- La naissance d'un enfant au sein du foyer déclenche le versement de la prime naissance. Il n'est versé qu'une prime par foyer et elle est limitée à 2 en cas de naissances multiples.
- En cas d'hospitalisation en ambulatoire, les frais de chambre particulière ne seront jamais pris en charge.

(2) Soins courants

- La participation forfaitaire laissée à la charge des assurés par le régime obligatoire (1 € depuis le 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 de 0,50 €/acte médical et de 2 €/transport laissées à la charge du patient par la Sécurité sociale ne sont pas prises en charge par MAAF SANTE.
- 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 la Sécurité sociale. 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

- La franchise de 0,50 €/boîte de médicaments n'est pas prise en charge par MAAF SANTE.
- Pour les accessoires et le petit appareillage, la Sécurité sociale rembourse à 60 % BR.
- Pour les prothèses mammaires et capillaires, la Sécurité sociale rembourse à 100 % BR. MAAF SANTE intervient pour le supplément de 50 € à 200 € (selon le niveau souscrit).

(4) Optique

En cas d'achat d'une monture seule dans le réseau de notre partenaire Santéclair, le forfait appliqué est toujours celui de la petite correction. Les montants Lunettes 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.
- En orthodontie, la Sécurité sociale rembourse à 100 % BR. MAAF SANTE intervient pour le supplément de 50 % à 300 % (selon le niveau souscrit)

(6) Appareillages

Pour l'achat d'un fauteuil roulant et pour le grand appareillage, la Sécurité sociale rembourse à 100 % BR. MAAF SANTE intervient pour le supplément.

(7) La prévention

Les actes de prévention qui figurent dans le tableau ci-dessous sont ceux définis par le ministère de la santé et sont pris en charge par la Sécurité sociale.

Listes des actes de prévention

- Détartrage annuel
- Scelllements de sillons 1^{ère} et seconde molaire (moins de 14 ans)
- Bilan du langage oral et/ou bilan d'aptitudes à l'acquisition du langage écrit (enfant de 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
 - DTPolio
 - 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)
 - Vaccin contre les infections invasives à pneumocoques (moins de 18 mois)

MAAF SANTE prend en charge l'ensemble de ces actes en complément de la Sécurité sociale.

MAAF SANTE complète ces dispositifs dans la limite d'un forfait de 90 € maximum par an et par assuré couvrant les thèmes de prévention détaillés ci-après, pour lesquels la Sécurité sociale n'intervient pas.

Le forfait de 90 €

- Les consultations diététiques effectuées par une diététicienne diplômée
- Les vaccins non pris en charge (dont le vaccin anti-grippe)
- Les auto-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 prescrit (patches, comprimés, gommes, pastilles....) (limité à 50 € /an)
- Les crèmes solaires prescrites (limitées à 30 €/an)

CE QUE VOUS DEVEZ SAVOIR

PRÉCISIONS SUR LA GARANTIE OPTIQUE

Comment lire une 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.

<p>Ordonnance de myope</p> <p>OD : - 1.00 OG : - 1.50</p> <p>Sphère*</p> <p>Exemple de garantie ①</p>	<p>Ordonnance d'hypermétrope astigmat</p> <p>OD : + 2.75 (+ 0.25) 0° OG : + 4.50 (+ 0.50) 0°</p> <p>Sphère* Cylindre**</p> <p>Exemple de garantie ②</p>	<p>Ordonnance de myope presbyte (verres multifocaux)</p> <p>OD : - 3.00 Add 1.50 OG : - 2.50 Add 1.50</p> <p>Sphère* Addition</p> <p>Exemple de garantie ③</p>
--	---	--

* 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.

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

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.

nement se substituer aux interventions des services publics, ni aux prestations dues par les organismes sociaux et les employeurs.

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

Le Samu centre : 15

Les pompiers : 18

Appels d'Urgence : 112 (valable dans l'ensemble de l'Union Européenne)

ASSISTANCE SANTÉ À DOMICILE

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

Événement déclenchant les garanties	Prise en charge des parents	Prise en charge des enfants de moins de 16 ans	Garde à domicile des enfants malades	Garde des aînés enfants vivant au domicile	Relais maternité	Allo Infos Bébé	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	Organisation du transport médical	Aide aux démarches	Relais administratif	Livraison de médicaments	Services (portage d'espèces, de repas, de courses, coiffure à domicile)	Assistance psychologique	Assistance psychologique maternité	Ergothérapie	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	●						●	●															
■ Naissances multiples ou séjour en maternité d'au moins 6 jours			●																				
■ Naissance d'un enfant					●																		
■ Immobilisation soudaine et imprévue au domicile d'au moins 6 jours	●						●																
■ Accident ou maladie avec un arrêt de l'activité supérieur à 15 jours du TNS															●								
■ Immobilisation soudaine et imprévue au domicile d'au moins 3 jours des enfants de moins de 16 ans		●																					
■ Hospitalisation soudaine et imprévue d'un enfant dès le 1 ^{er} jour																							
■ Traumatisme psychologique lié à la maternité																		●					
■ Maladies graves*								●															
■ Traitements médicaux lourds**	● (1)	● (1)						● (1)															
■ Événements traumatiques																							
■ Accidents et maladies graves dominant lieu à l'achat d'un fauteuil roulant																							
■ Décès	●	●					●														●	●	

Garanties

Événement déclenchant les garanties

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

➔ 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. 9).

Les prestations sont propres à la présente garantie et n'impliquent pas la prise en charge du sinistre au titre des autres garanties du contrat.

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

■ Déplacement aller/retour d'un proche désigné par le sociétaire ou son conjoint pour s'en occuper au domicile (France métropolitaine ou même département pour les DOM. Pour les trajets dont la durée en train est inférieure à 5 heures il sera remis un billet de train 1^{ère} classe, pour les trajets dont la durée en train est supérieure à 5 heures il sera remis un billet d'avion classe économique),

Ou

■ Déplacement aller/retour des parents auprès de proches susceptibles de les accueillir (France métropolitaine ou même département pour les DOM. Pour les trajets dont la durée en train est inférieure à 5 heures il sera remis un billet de train 1^{ère} classe, pour les trajets dont la durée en train est supérieure à 5 heures il sera remis un billet d'avion 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. Pour les trajets dont la durée en train est inférieure à 5 heures il sera remis un billet de train 1^{ère} classe, pour les trajets dont la durée en train est supérieure à 5 heures il sera remis un billet d'avion 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. Pour les trajets dont la durée en train est inférieure à 5 heures il sera remis un billet de train 1^{ère} classe, pour les trajets dont la durée en train est supérieure à 5 heures il sera remis un billet d'avion 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,

Ou

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

Si aucune des solutions ci-dessus ne peut convenir :

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

Ou

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

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

■ 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. Pour les trajets dont la durée en train est inférieure à 5 heures il sera remis un billet de train 1^{ère} classe, pour les trajets dont la durée en train est supérieure à 5 heures il sera remis un billet d'avion 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.

Garde des autres enfants vivant au domicile

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

■ un 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. Pour les trajets dont la durée en train est inférieure à 5 heures il sera remis un billet de train 1^{ère} classe, pour les trajets dont la durée en train est supérieure à 5 heures il sera remis un billet d'avion classe économique),

Ou

■ un 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. Pour les trajets dont la durée en train est inférieure à 5 heures il sera remis un billet de train 1^{ère} classe, pour les trajets dont la durée en train est supérieure à 5 heures il sera remis un billet d'avion 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.

Si aucune des solutions ci-dessus ne peut convenir :

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

→ ASSISTANCE SANTÉ À DOMICILE

Relais maternité

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

Allo Infos Bébé

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

■ Santé :

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

■ Modes de garde :

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

■ Informations juridiques et administratives :

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

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

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

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

Aide à domicile 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 le sociétaire ou son conjoint, ou en pension animalière.

Prise en charge de la venue d'un proche

- Déplacement aller/retour d'un proche désigné par le sociétaire ou son conjoint (France métropolitaine ou même département pour les DOM. Pour les trajets dont la durée en train est inférieure à 5 heures il sera remis un billet de train 1^{ère} classe, pour les trajets dont la durée en train est supérieure à 5 heures il sera remis un billet d'avion 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'événement 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.

Organisation du transport médical

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

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.

Relais administratif

■ Remplacement du Travaill(e)ur Non Salar(i)é

En cas d'accident ou de maladie du TNS ayant entraîné une interruption de l'activité de plus de 15 jours, une aide pour assurer la continuité de la gestion administrative de l'entreprise peut être accordée à compter du 16^{ème} jour. MAAF Assistance aide à la recherche d'un intérimaire, sur simple appel téléphonique du lundi au vendredi, de 9h00 à 18h00.

Après avoir vérifié les disponibilités de la personne susceptible de répondre aux critères établis par l'assuré, l'équipe de MAAF Assistance lui communique par téléphone les coordonnées de l'agence d'intérim.

Si l'assuré ne souhaite pas utiliser les services d'une agence d'intérim, MAAF Assistance peut prendre en charge le transport Aller / Retour d'un proche parent résidant en France métropolitaine (même département), pour venir en aide à l'assuré.

■ Communication vers les clients et/ou les fournisseurs

En cas d'accident ou de maladie du TNS ayant entraîné une interruption de l'activité de plus de 15 jours, MAAF Assistance s'engage à communiquer un message unique rédigé par l'assuré aux clients et/ou fournisseurs figurant sur une liste écrite qu'il aura fournie.

Les messages sont envoyés par téléphone, fax ou e-mail dans un délai de 48 heures à réception d'une liste n'excédant pas 1000 noms.

Pour la garantie « Relais administratif », la responsabilité de MAAF Assistance ne pourra en aucun cas être recherchée dans le cas d'une mauvaise utilisation ou interprétation inexacte du(des) renseignement(s) communiqué(s). MAAF Assistance n'est pas tenue à l'exécution de cette garantie si aucune personne n'est disponible ou ne correspond aux critères définis par l'assuré.

Livraison de médicaments

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

Services

■ Portage d'espèces à domicile

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

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

■ Portage de repas à domicile

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

■ Portage de courses à domicile

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

- Déplacement aller/retour au centre commercial le plus proche du domicile (12 déplacements répartis sur 12 mois),
- Ou
- Prise en charge des frais de livraison d'une commande (30 livraisons sur 12 mois).

■ Coiffure à domicile

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

Assistance psychologique

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

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

■ Accueil et consultation psychologique

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

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

■ Suivi psychologique

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

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

MAAF Assistance prend en charge le coût des consultations.

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

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

➔ ASSISTANCE SANTÉ À DOMICILE

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

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

■ La garantie n'intervient pas :

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

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

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

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

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

Assistance psychologique maternité

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

■ Accueil et consultation psychologique

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

■ Suivi psychologique

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

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

MAAF Assistance prend en charge le coût des consultations.

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

Organisation et mise à disposition d'un ergothérapeute

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

Aide à l'organisation des obsèques

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

Avance des frais d'obsèques

- Remboursables dans un délai de 1 mois.

IMPORTANT

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

LES NUMÉROS UTILES

Les assurés ont besoin d'Assistance Santé à domicile, de conseils médicaux, d'informations d'ordre social... ?

MAAF Assistance est à leur écoute 24H/24. Ils doivent se munir du Numéro de Sociétaire de l'entreprise ayant souscrit le contrat et appeler le n° Vert : 0 800 16 17 18

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

S'ils sont sourds ou malentendants, ils peuvent communiquer avec MAAF Assistance :

en composant le 114 (Métropole seulement)

par SMS au 06 78 74 53 72

par FAX au 01 47 11 71 26

Un réseau de professionnels de santé aide les assurés à maîtriser leurs dépenses sur les postes les plus coûteux tels que l'optique, le dentaire et l'audioprothèse.

Ce réseau est composé d'opticiens, de chirurgiens-dentistes, d'audioprothésistes et de diététiciennes qui se sont engagés contractuellement sur de bonnes pratiques professionnelles et sur des tarifs négociés.

Les assurés peuvent bénéficier également de services en ligne leur permettant d'accéder à des sites d'information hospitalière, d'aide à l'automédication, d'accompagnement au sevrage tabagique ou encore de nutrition.

Ces services MAAF SANTE sont opérés par Santéclair.

LES ASSURÉS BÉNÉFICIENT D'AVANTAGES EN ALLANT DANS LES RÉSEAUX PARTENAIRES sur présentation de leur attestation de Tiers payant :

Un réseau de 1 700 opticiens qui leur offre :

- Des tarifs préférentiels et des services privilégiés :
 - des prix calculés au plus juste pour les verres ou des traitements particuliers (durcis, anti-reflets, teintés...),
 - une remise de 15 % sur les montures (selon fabricant),
 - une remise de 5 % sur les lentilles,
 - une remise de 10 % sur les autres produits du magasin (solaire, masse vision, produits d'entretien...),
 - une garantie casse de 2 ans sur les montures et les verres (sous conditions à demander à l'opticien partenaire).

- Le tiers payant optique :

Ce service 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.

60 cliniques au service des assurés :

S'ils sont myopes, astigmatés, hypermétropes, ils peuvent avoir recours à la chirurgie réfractive.

Pour cela, nous mettons à leur disposition les coordonnées des cliniques partenaires spécialisées dans ce domaine auprès desquelles :

- ils trouvent des praticiens expérimentés,
- ils peuvent bénéficier de technologies chirurgicales de pointe répondant à une charte qualité extrêmement précise,
- ils bénéficient également de tarifs privilégiés pour des actes non pris en charge par la Sécurité sociale et dont les tarifs sont libres.

Un réseau dentaire composé de 2 800 chirurgiens-dentistes, d'orthodontistes et de stomatologues qui propose :

- une remise de 15 à 20 % sur les prothèses dentaires et les implants,
- des traitements négociés sur certains traitements de prévention, de parodontologie (soins des gencives) et d'esthétique (blanchiment),
- des conseils et des informations sur les règles d'hygiène,
- le tiers payant dentaire : ce service permet de ne pas faire l'avance des frais couverts par MAAF SANTE lors de la réalisation de prothèses dentaires ou de traite-

ments 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) et les implants dentaires. Cette garantie permet, en cas de sinistre, la prise en charge de la pose d'une nouvelle prothèse ou d'un nouvel implant à leur 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 ou de l'implant initial et lors du remplacement.

Un réseau de 400 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 des frais couverts par MAAF SANTE. Les audioprothésistes partenaires doivent adresser à Santéclair une demande de prise en charge.

Un réseau de 200 diététiciennes qui propose :

- des prix inférieurs de 15 % par rapport aux prix moyens constatés France entière.

LES ASSURÉS BÉNÉFICIENT DE CONSEILS MÊME S'ILS CONSULTENT LEUR PRATICIEN HABITUEL :

Santéclair propose son service d'analyse de devis.

- Ce service permet de vérifier que la dépense en optique, dentaire ou audioprothèse est adaptée aux besoins des assurés tout en payant le juste prix. Ses spécialistes font l'analyse du devis émis par le praticien que l'assuré a choisi.
- Ils donnent leur avis objectif sous 72 heures, par téléphone.
- Un consultant praticien Santéclair peut se mettre en relation avec le professionnel de santé pour trouver la solution tarifaire la mieux adaptée.

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

- les devis sont disponibles auprès de Santéclair au 0 800 838 838 (appel gratuit d'un poste fixe - surcoût éventuel selon opérateur),
- faire remplir l'imprimé "devis" par le praticien,
- le communiquer ensuite :
 - par courrier à Santéclair : 78 bd de la République - 92514 Boulogne Billancourt,
 - par fax au 01 47 61 20 92
 - par mail : devis@santeclair.fr

LES ASSURÉS BÉNÉFICIENT ÉGALEMENT DE SERVICES EN LIGNE OPÉRÉS PAR SANTÉCLAIR ET ACCESSIBLES sur www.maaf.fr :

Des informations hospitalières :

- Les assurés accèdent au PALMARES DES HOPITAUX, à partir du site ou par téléphone auprès de Santéclair.

Ce service permet de savoir quel est le meilleur établissement pour un acte de chirurgie spécifique ou pour la prise en charge du cancer en chirurgie, chimiothérapie et radiothérapie.

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
- Pour la cancérologie :
 - le volume d'activité chirurgicale par rapport à la moyenne nationale selon le type de cancer et par localisation
 - le respect des critères de qualité fixés par la Haute autorité de santé (HAS) pour déterminer les meilleurs choix thérapeutiques selon les cancers,
 - les seuils de référence de l'Institut national du cancer (l'InCa) pour traiter les malades (mise en œuvre de normes de qualité, appartenance à un réseau régional ou territorial de cancérologie, agréments pour les principales thérapies...).
- En cas de dépassements d'honoraires importants demandés par un praticien, les assurés peuvent adresser le devis établi par celui-ci à Santéclair avant de donner un accord. Un spécialiste l'analysera et, si besoin, donnera les éléments pour en faire diminuer le montant.

Un service d'automédication

Pour mieux guider ses assurés dans l'achat de leurs médicaments, ils disposent :

- d'un comparatif précis où chaque médicament accessible en pharmacie sans ordonnance y est noté selon les critères efficacité/tolérance,
- d'une liste des symptômes pour lesquels ces médicaments sont recommandés.

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

Une aide au sevrage tabagique

Pour accompagner les assurés qui veulent arrêter de fumer, accès au service d'aide en ligne : « Le défi No smoking ».

Le défi se déroule sur une période de 30 jours qui se décompose en 2 phases :

- les premiers 15 jours sont destinés au changement de comportement. L'assuré est invité à se connecter tous les jours et à visionner des vidéos d'instructions et de conseils de coach.

Cette phase comporte :

- des actions clés : ce sont les moments ou actions de la journée qui deviennent non fumeurs (ne plus fumer au cours des repas, ne plus fumer au téléphone...),
- des jeux consistant à déconditionner le fumeur et à lui faire prendre du recul par rapport à ses habitudes (utiliser une allumette plutôt qu'un briquet, changer de marques de cigarettes...).

A l'issue de cette période, le fumeur doit arrêter toute consommation de cigarettes.

- les derniers 15 jours sont consacrés à du conseil et de l'accompagnement. L'assuré doit se connecter tous les 2 ou 3 jours. Il reçoit par email ou SMS des conseils et des encouragements et des trucs et astuces lui sont proposés pour "tenir". Au 30^{ème} jour, l'assuré reçoit un diplôme de félicitations par email, quel que soit son résultat.

Un service nutrition

Pour aider les assurés à équilibrer leur alimentation, accès au site « Mon programme nutrition ».

Grâce à ce programme en 7 étapes, les assurés peuvent :

- savoir ce qui est le mieux pour eux en matière d'alimentation,
- obtenir des conseils personnalisés selon leur profil,
- apprendre à établir leurs menus et à évaluer les quantités qui leur sont nécessaires,
- découvrir des astuces pour cuisiner équilibré.

En fin de programme, ils accèdent à un quiz.

Ils peuvent aller plus loin et accéder :

- à un service téléphonique de consultations diététiques dispensées par des diététiciennes diplômées qui sont à leur écoute du lundi au vendredi au 0 800 838 838 de 9h à 19h. Ils choisissent parmi 3 types d'offres négociées, comportant une ou plusieurs consultations (20 à 74 €). Ils bénéficient du paiement en ligne sécurisé et reçoivent un compte-rendu de consultation.
- au réseau de diététiciennes qui propose des consultations avec des prix inférieurs de 15 % par rapport aux prix moyens constatés France entière.

→ CE QUE VOUS DEVEZ SAVOIR

ÉTENDUE TERRITORIALE

MAAF SANTE intervient pour des frais médicaux engagés en France métropolitaine et dans les DOM.

Les frais engagés hors de France seront pris en charge par le contrat sous réserve que l'assuré relève d'un régime d'assurance maladie obligatoire français et que ces soins aient été effectués avec la même qualité de soins qu'en France.

Le remboursement de MAAF SANTE interviendra alors en complément de celui du régime obligatoire.

■ **Les soins effectués lors d'un séjour dans un pays de l'UE (Union Européenne)** seront remboursés sur présentation 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.

■ **Les soins effectués dans un pays hors UE (Union Européenne)** devront être en rapport avec un événement survenu de façon imprévue pour être remboursés par MAAF SANTE. Le remboursement sera effectué sur présentation du décompte du régime obligatoire.

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

L'ENTRÉE EN VIGUEUR DU CONTRAT ET DES GARANTIES

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

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

Le contrat prend effet à la date indiquée sur les conditions particulières et au plus tôt le lendemain de la date de signature du bulletin d'adhésion.

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

Le contrat, basé sur les déclarations du souscripteur et des assurés, est incontestable dès qu'il a pris existence.

DURÉE DU CONTRAT

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

Il se renouvelle ensuite annuellement à chaque 1^{er} Janvier, par tacite reconduction, sauf dénonciation par l'une des parties, souscripteur ou assureur. Pour être recevable, la dénonciation doit être notifiée par lettre recommandée avant le 31 octobre précédant la date de renouvellement.

LE RÈGLEMENT DES PRESTATIONS

Il est remis, à chaque salarié assuré, une attestation permettant la pratique du tiers-payant avec certaines professions de santé. Cette attestation reste la propriété de MAAF SANTE.

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

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

La participation de MAAF SANTE s'effectue à partir :

- soit des originaux des bordereaux de remboursement des régimes d'assurance maladie,
- soit des images informatiques télétransmises des bordereaux de remboursement de l'assurance maladie et des factures subrogatoires des fournisseurs pour les prestations supplémentaires (fauteuil roulant, prothèses mammaires et capillaires, appareillages auditifs et grand appareillage),
- soit de la facture délivrée par le pharmacien pour la pilule contraceptive, les vaccins et les tests et auto-tests de dépistage non pris en charge par le régime obligatoire,
- soit de l'ordonnance du praticien et de la facture du pharmacien pour les substituts nicotiques et les crèmes solaires,
- 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 réfractive lorsque ces actes ne sont pas pris en charge par la Sécurité sociale,
- soit de toute facture faisant état de l'achat de préservatifs,
- soit d'un justificatif de naissance pour le versement de la prime naissance.

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

➔ CE QUE VOUS DEVEZ SAVOIR

LES LIMITES DES REMBOURSEMENTS

Les remboursements des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident ne peuvent excéder le montant des frais restés à charge du bénéficiaire après les remboursements de toute nature auxquels il a droit.

Les garanties de même nature contractées auprès de plusieurs assureurs produisent leurs effets dans la limite de chaque garantie, quelle que soit sa date de souscription. Dans cette limite, le bénéficiaire du contrat peut obtenir l'indemnisation en s'adressant à l'assureur de son choix.

LES OBLIGATIONS DE L'ENTREPRISE

➔ Les obligations de l'entreprise, souscriptrice, à l'égard de l'assureur

Le souscripteur s'engage à faire parvenir à l'assureur :

Lors de la prise d'effet du contrat :

- une liste de tous les membres du personnel pour chaque catégorie de salariés concernée par le contrat,
 - les bulletins individuels d'affiliation régularisés par chacun des membres du personnel accompagnés des pièces nécessaires à l'enregistrement des assurés (photocopie de la carte d'assuré social et RIB pour le versement des prestations notamment),
 - un état nominatif des salariés en arrêt de travail,
- Et, au fur et à mesure,

- les déclarations relatives aux mouvements du personnel et aux changements de situation de famille accompagnées, pour chaque nouvel assuré, d'un bulletin individuel précisant les renseignements d'état civil le concernant et indiquant qu'il s'agit d'une modification à apporter au contrat.

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

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

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

➔ Les obligations de l'entreprise, souscriptrice, à l'égard des assurés

Le souscripteur est tenu :

- de remettre aux assurés une notice d'information détaillée établie par la mutuelle qui définit les garanties et leurs modalités d'entrée en vigueur ainsi que les formalités à accomplir en cas de sinistre,
- d'informer par écrit les assurés des modifications qu'il est prévu, le cas échéant, d'apporter à leurs droits et obligations,
- d'informer les assurés des évolutions tarifaires annuelles.

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

→ CE QUE VOUS DEVEZ SAVOIR

LES COTISATIONS

→ Calcul de la cotisation

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

La modification de la cotisation peut avoir pour motif :

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

→ Conditions de règlement de la cotisation

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

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

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

Les frais de fractionnement correspondent :

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

Les cotisations sont payables soit mensuellement, soit trimestriellement.

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

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

→ Non paiement des cotisations

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

Lors de sa mise en demeure, l'entreprise est informée des conséquences que ce défaut de paiement est susceptible d'entraîner sur la poursuite de la garantie.

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

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

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

LA SUBROGATION

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

LA PRESCRIPTION

Toutes les actions, concernant le contrat, doivent être exercées dans les 2 ans suivant l'événement qui leur donne naissance.

Si l'action 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.

LA CESSATION DES GARANTIES

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

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

A l'égard des autres bénéficiaires :

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

Suspension du contrat de travail

L'adhésion des salariés est maintenue en cas de suspension de leur contrat de travail, quelle qu'en soit la cause, dès lors qu'ils bénéficient, pendant cette période, d'un maintien de salaire, total ou partiel, ou d'indemnités journalières complémentaires financées au moins en partie par la société. Dans une telle hypothèse, la société verse la même contribution que pour les salariés actifs pendant toute la période de suspension du contrat de travail indemnisée.

Le salarié dont le contrat de travail est suspendu doit acquitter la part salariale de la cotisation, calculée selon les règles prévues par le régime. Pour ce faire, le salarié est tenu d'adresser, dans le mois qui suit la suspension de son contrat, un relevé d'identité bancaire à l'employeur ainsi qu'une autorisation de prélèvement de sa cotisation.

Lorsque la suspension de contrat de travail n'est pas indemnisée, les garanties et les primes sont suspendues de plein droit, à l'égard de chaque bénéficiaire, à compter de la date de suspension du contrat de travail de l'assuré.

Les garanties peuvent être toutefois maintenues, à l'égard de chaque bénéficiaire, lorsque l'assuré bénéficie d'un congé sans solde (congé sabbatique, congé parental d'éducation, congé pour création d'entreprise, congé de formation), sous réserve du paiement de la prime déterminée au paragraphe LES COTISATIONS.

LE MAINTIEN DES GARANTIES

- Selon les dispositions de la loi 89.1009 du 31 décembre 1989, les garanties sont maintenues :
 - au profit des anciens salariés bénéficiaires d'une rente d'incapacité ou d'invalidité, d'une pension de retraite ou, s'ils sont privés d'emploi, d'un revenu de remplacement, sans condition de durée,
 - au profit des personnes garanties du chef de l'assuré décédé, pendant une durée minimale de douze mois à compter du décès.

Conditions de maintien

Les intéressés devront formuler leur demande de maintien dans les six mois suivant la date de l'événement considéré.

MAAF SANTE leur propose alors de souscrire au titre d'un contrat individuel une formule de garantie identique à celle dont ils bénéficiaient dans le cadre du contrat groupe, sans condition de période probatoire, ni d'examen ou questionnaire médical. Les conditions tarifaires sont celles applicables aux contrats individuels, sans que les tarifs ne puissent être supérieurs de plus de 50 % aux tarifs appliqués en contrat groupe.

Les garanties prennent effet au plus tard le lendemain de la demande.

Pour le conjoint et les enfants qui seraient assurés par le contrat collectif, il sera proposé la souscription d'un contrat de notre gamme individuelle.

Durée de maintien

Les garanties sont acquises aux intéressés de façon viagère.

- Selon l'article 14 de l'Accord National Interprofessionnel (ANI) du 11 janvier 2008, les garanties du contrat peuvent être maintenues au profit des salariés en cas de rupture de leur contrat de travail ouvrant droit à une indemnisation chômage.

Modalités de mise en oeuvre

L'employeur est tenu de proposer ce maintien aux salariés concernés mais ceux-ci peuvent le refuser. Leur renonciation, qui est définitive et concerne l'ensemble des garanties, doit être notifiée par écrit à l'ancien employeur dans les 10 jours suivant la cessation du travail.

Le financement de ce maintien est prévu par le contrat et aucune cotisation supplémentaire ne sera demandée par MAAF SANTE.

Bénéficiaires

Le maintien de garanties concerne l'ex-salarié mais également ses ayants droit qui étaient couverts au moment de la rupture du contrat de travail et ceux qui pourraient être déclarés ultérieurement pendant la période de maintien des garanties.

Durée du maintien

Les intéressés garderont le bénéfice des garanties de la couverture complémentaire santé appliquée dans leur ancienne entreprise pendant une durée au minimum égale à la durée du dernier contrat de travail, appréciée en mois entiers, au maximum de 9 mois et seulement à condition qu'ils perçoivent leurs allocations chômage pendant cette durée.

Dès lors que l'ancien salarié retrouve un emploi, il perd ainsi que ses ayants droit, le droit au bénéfice du dispositif, même s'il ne dispose pas, dans son nouvel emploi, d'une couverture collective santé.

➔ CE QUE VOUS DEVEZ SAVOIR

➔ LES DISPOSITIONS GÉNÉRALES

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

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

Ce contrat est régi par le Code de la Mutualité, l'autorité chargée du contrôle de votre mutuelle est l'Autorité de Contrôle Prudentiel, 61 rue Taitbout, 75436 PARIS CEDEX 09.

➔ Notre service réclamations

Les observations que vous êtes susceptible de formuler au sujet de votre contrat sont examinées par notre service réclamations à notre siège social dont l'adresse est la suivante : MAAF SANTE - Service Réclamations - Chauray - 79036 NIORT Cedex 09.

➔ La communication des informations

Comme le prévoit la Loi Informatique et Libertés du 6 janvier 1978 modifiée, 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 d'écrire à MAAF SANTE - Coordination informatique et libertés - Chauray - 79036 NIORT cedex 09 ou nous adresser un e-mail à coordinateur.cnil@maaf.fr.

➔ Les informations particulières liées au démarchage

Délaï de Renonciation au contrat souscrit dans le cadre d'un démarchage au domicile du souscripteur ou sur son lieu de travail

En tant que personne physique, si vous avez fait l'objet d'un démarchage à votre domicile, à votre résidence ou sur votre lieu de travail, même à votre demande, et avez signé dans ce cadre un contrat à des fins qui n'entrent pas dans le cadre de votre activité commerciale ou professionnelle, vous avez la faculté d'y renoncer par lettre recommandée avec demande d'avis de réception pendant le délai de quatorze jours calendaires révolus à compter du jour de la conclusion du contrat, sans avoir à justifier de motifs ni à supporter de pénalités.

Votre contrat sera résilié à la date de la réception de votre lettre.

Vous devez notifier votre volonté de renoncer par courrier à l'adresse du siège social de MAAF SANTE. Cette demande intégrera la phrase suivante :

« Je soussigné <votre nom et prénom > exerce mon droit de renonciation prévu par l'article l'article L.221-18 du Code de la Mutualité pour mon contrat d'assurance complémentaire santé individuel numéro -----
- (indiquer les références du contrat figurant sur les Conditions particulières), souscrit le -----».

Accessoire : tout ce qui est considéré comme petit appareillage par le régime obligatoire et pris en charge à ce titre à 60 % de la base de remboursement.

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

Appareillage : biens médicaux figurant sur la liste des produits et prestations (LPP) remboursables par l'assurance maladie obligatoire.

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

La plupart des complémentaires santé distinguent les équipements d'optique et les prothèses auditives du reste de l'appareillage.

Synonyme : dispositifs médicaux (DM)

Auxiliaires médicaux : professionnels paramédicaux - à savoir principalement les infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, orthophonistes, orthoptistes, pédicures-podologues... - dont les actes sont remboursés, sous certaines conditions, par l'assurance maladie obligatoire.

Synonyme : professionnel paramédical

Chirurgie réfractive : différentes techniques chirurgicales (notamment l'opération de la myopie au laser, qui est la plus fréquente) permettent de corriger les défauts visuels. L'assurance maladie obligatoire ne prend pas en charge ces opérations, mais celles-ci peuvent l'être par l'assurance maladie complémentaire.

Synonymes : opération de la vue, de la myopie, kératotomie radiaire.

Contrat "responsable et solidaire" : la très grande majorité des complémentaires santé sont « responsables et solidaires ». Cette caractéristique vous sera toujours indiquée.

La loi qualifie une complémentaire santé de « solidaire » lorsque l'organisme ne fixe pas les cotisations en fonction de l'état de santé des individus couverts, et, pour les adhésions ou souscriptions individuelles, ne recueille aucune information médicale.

La loi qualifie une complémentaire santé de « responsable » lorsqu'elle encourage le respect du parcours de soins coordonnés (le parcours de soins coordonnés repose sur le choix d'un médecin traitant que l'assuré social désigne auprès de sa caisse d'assurance maladie).

Les complémentaires santé « responsables » remboursent au minimum :

- 30 % du tarif des consultations du médecin traitant (ou du médecin vers lequel il vous a orienté) dans le cadre du parcours de soins coordonnés,
- 30 % du tarif des médicaments remboursables à 65 % par l'assurance maladie obligatoire (vignettes blanches),
- 35 % du tarif des examens de biologie médicale prescrits par le médecin traitant (ou le médecin vers lequel il vous a orienté),
- le ticket modérateur d'au moins deux prestations de prévention fixées par la réglementation.

En revanche, elles ne remboursent pas :

- les dépassements et majorations liés au non respect du parcours de soins,
- la participation forfaitaire de 1€ applicable aux consultations et à certains examens médicaux,
- les franchises applicables sur les médicaments, les actes paramédicaux et les frais de transport (exemple : 0,50 € par boîte de médicament).

Dépassements d'honoraires : part des honoraires qui se situe au delà de la base de remboursement de l'assurance maladie obligatoire et qui n'est jamais remboursée par cette dernière.

Un professionnel de santé doit fixer le montant de ses dépassements d'honoraires « avec tact et mesure », et en informer préalablement son patient.

La complémentaire santé peut prendre en charge tout ou partie de ces dépassements, si ses garanties le prévoient.

Synonyme : dépassements

Forfait journalier hospitalier : somme due pour tout séjour hospitalier d'une durée supérieure à 24h dans un établissement de santé.

Il s'agit d'une participation forfaitaire du patient aux frais d'hébergement et d'entretien entraînés par son hospitalisation. Au 1^{er} janvier 2010, son montant est de 18 € par jour pour un séjour hospitalier en médecine, chirurgie ou obstétrique. Il est de 13,50 € par jour pour un séjour en psychiatrie.

Ce forfait n'est pas remboursé par l'assurance maladie obligatoire, mais, en général, il est pris en charge par l'assurance maladie complémentaire.

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

Synonymes : forfait hospitalier, forfait journalier.

Forfait "18 euros" : participation forfaitaire de 18 € à la charge de l'assuré qui s'applique sur les actes pratiqués en ville ou en établissement de santé dont le tarif est égal ou supérieur à un montant fixé par l'Etat (91 € en 2010, 120 € en 2011), ou dont le coefficient (multiplicateur utilisé par l'assurance maladie obligatoire pour calculer le tarif de cet acte) est égal ou supérieur à 60.

Certains actes ne sont pas concernés par le forfait à 18 € (radiodiagnostic, IRM, frais de transport d'urgence, actes pris en charge à 100 % du fait d'une ALD...).

Ce forfait est généralement pris en charge par l'assurance maladie complémentaire.

Synonyme : participation forfaitaire de 18 €.

Frais de séjour : frais facturés par un établissement de santé pour couvrir les coûts du séjour, c'est-à-dire l'ensemble des services mis à la disposition du patient : plateau technique, personnel soignant, médicaments, examens de laboratoire, produits sanguins, prothèses, hébergement, repas...

En fonction du statut de l'établissement, ces frais de séjour peuvent ne pas inclure les honoraires médicaux et paramé-

dicaux, qui seront alors facturés à part.

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

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

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

I **mplantologie dentaire :** l'implantologie dentaire vise à remplacer une ou plusieurs dents manquantes en mettant en place une ou des racines artificielles (en général sous forme de vis) dans l'os de la mâchoire, sur lesquelles on fixe une prothèse.

L'implantologie n'est pas remboursée par l'assurance maladie obligatoire, mais peut en revanche être prise en charge par certaines complémentaires santé.

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

L **unettes :** les lunettes sont composées d'une monture et de verres. Elles permettent de corriger la plupart des problèmes de vue (myopie, hypermétropie, astigmatisme, presbytie et aphakie).

Le prix des verres varie selon le type de correction (verres unifocaux ou multifocaux, verres progressifs), la qualité et le traitement appliqués aux verres (verres amincis, traitement antireflets ou anti-rayures, verres incassables...).

Le remboursement de l'assurance maladie obligatoire est très inférieur aux dépenses réelles. Par exemple, pour un adulte, il est de 1,85 € pour une monture (65 % de 2,84 €), et au maximum de 15,95 € par verre (65 % de 24,54 €) au 1^{er} janvier 2010.

Les opticiens ont l'obligation de remettre à l'assuré un devis préalable à la vente comportant le prix de la monture et de chaque verre, ainsi que le remboursement de ceux-ci par l'assurance maladie obligatoire.

M **édicaments :** les médicaments disponibles en pharmacie sont classés en cinq catégories correspondant à différents niveaux de prise en charge par l'assurance maladie obligatoire.

Les prix des médicaments sans vignette sont libres et peuvent varier d'une pharmacie à l'autre. Ils ne sont pas remboursés par l'assurance maladie obligatoire. En revanche,

les médicaments qui ont un prix fixé par le Comité économique des produits de santé (CEPS) sont identifiés par une vignette collée sur leur boîte, dont la couleur varie selon le niveau de remboursement :

- vignette blanche barrée pour les médicaments remboursés à 100 % par l'assurance maladie obligatoire : ils sont irremplaçables et particulièrement coûteux,
- vignette blanche pour les médicaments remboursés à 65 % par l'assurance maladie obligatoire : leur service médical rendu est majeur ou important,
- vignette bleue pour les médicaments remboursés à 30 % par l'assurance maladie obligatoire : leur service médical rendu est modéré,
- vignette orange pour les médicaments remboursés à 15 % par l'assurance maladie obligatoire : ils ont un service médical rendu faible.

Certains médicaments ne peuvent vous être délivrés que sur prescription médicale. D'autres peuvent vous être délivrés par votre pharmacien sans prescription (médicaments dits à « prescription médicale facultative »). L'assurance maladie obligatoire ne rembourse que les médicaments ayant fait l'objet d'une prescription médicale.

O **rthodontie :** discipline médicale pratiquée par les médecins stomatologues ou les chirurgiens dentistes. Elle vise à corriger ou à prévenir les déformations et les malocclusions des arcades dentaires, ainsi que les malpositions dentaires (les dents qui se chevauchent, qui sortent mal, qui sont mal placées ou trop espacées...), grâce à des appareils dentaires.

L'assurance maladie obligatoire prend partiellement en charge le traitement des enfants de moins de 16 ans. Ses remboursements ne permettent pas de couvrir l'intégralité des frais d'un traitement d'orthodontie, d'autant plus que les dépassements sont fréquents.

P **articipation forfaitaire d'un euro :** participation forfaitaire d'un euro laissée à la charge du patient pour tous les actes et consultations réalisés par un médecin, ainsi que pour tous les actes de biologie et de radiologie. Cette participation est due par tous les assurés à l'exception :

- des enfants de moins de 18 ans,
- des femmes enceintes à partir du 6^{ème} mois de grossesse,
- et des bénéficiaires de la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) ou de l'Aide médicale de l'État (AME).

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

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

Voir également : contrat responsable et solidaire.

Taux de remboursement de la sécurité sociale :

taux appliqué par l'assurance maladie obligatoire sur la base de remboursement pour déterminer le montant de son remboursement. Celui-ci peut être, le cas échéant, minoré de la franchise ou de la participation forfaitaire, pour aboutir au montant effectivement versé à l'assuré par l'assurance maladie obligatoire.

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

Le taux de remboursement varie selon la prestation ou le produit. Il est par exemple, de :

- 70 % de la base de remboursement pour les actes médicaux,
- 60 % de la base de remboursement pour les actes paramédicaux,
- 60 % de la base de remboursement pour l'appareillage,
- 100 %, 65 %, 30 % ou 15 % pour les médicaments.

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

Voir également : médicaments, appareillage.

Télétransmission : échange de données informatiques entre les régimes obligatoires et les assurances complémentaires évitant ainsi l'envoi des décomptes et permettant un remboursement automatique plus rapide.

Ticket modérateur : c'est la différence entre la base de remboursement et le montant remboursé par l'assurance maladie obligatoire (avant application sur celui-ci de la participation forfaitaire d'un euro ou d'une franchise).

Le montant du ticket modérateur varie selon les actes ou traitements, la nature du risque concerné (maladie, maternité, accident du travail...), ou selon que l'assuré est atteint d'une affection de longue durée (ALD)...

Le ticket modérateur est généralement pris en charge par l'assurance maladie complémentaire.

La participation forfaitaire d'un euro, les franchises et des dépassements d'honoraires s'ajoutent éventuellement au ticket modérateur, l'ensemble de ces frais constituant le reste à charge.

Voir également : reste à charge, participation forfaitaire d'un euro, franchise, dépassements d'honoraires, garantie.

Tiers payant : système de paiement qui évite à l'assuré de faire l'avance des frais auprès des prestataires de soins. Ces derniers sont payés directement par les assurances maladie obligatoire et/ou complémentaire pour les soins ou produits qu'ils ont délivrés.

Synonyme : dispense d'avance des frais.



la référence qualité prix

MAAF SANTE

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