

MES BIENS

MA FAMILLE

MON ARGENT

**MON ACTIVITÉ
PROFESSIONNELLE**



SANTÉ

SANTÉ MAAF APPRENTIS

CONDITIONS GÉNÉRALES
NOTICE D'INFORMATION VALANT RÈGLEMENT

réf. 01/01/12



PRO

L'OBJET DES GARANTIES	p. 3
La complémentaire santé	p. 3
Les conditions d'adhésion	p. 3
LES GARANTIES SANTÉ	p. 4
COMMENT ÊTRE REMBOURSÉ	p. 6
LES SERVICES	p. 8
L'ASSISTANCE SANTÉ A DOMICILE	p. 9
LA VIE DU CONTRAT SANTÉ	p. 12
Le contrat	p. 12
L'entrée en vigueur du contrat	p. 12
La durée de votre contrat	p. 12
La déclaration	p. 12
L'ouverture des droits	p. 12
Les modifications de garantie	p. 12
La cotisation	p. 13
La subrogation	p. 14
La prescription	p. 14
La radiation	p. 14
Les dispositions générales	p. 14
LE GLOSSAIRE	p. 16

La complémentaire santé

Votre mutuelle a pour objet :

- d'allouer à l'apprenti des prestations en cas de maladie, chirurgie, accident, selon 2 niveaux de remboursements,
- de rembourser les dépenses de maladie dans la limite des frais engagés par le sociétaire.

Étendue 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.

Les conditions d'adhésion

Peuvent adhérer à MAAFSANTE, les apprentis qui remplissent les conditions suivantes :

- être ressortissant d'un régime général d'assurance maladie obligatoire français,
- justifier du statut d'apprenti par présentation d'un document (exemples : carte nationale d'apprenti, contrat d'apprentissage).

Seul l'apprenti peut être assuré sur le contrat (à l'exclusion de tout ayant-droit).

LES GARANTIES SANTÉ

Les garanties sont exprimées AVEC LA PARTICIPATION DE LA SÉCURITÉ SOCIALE (ou tout autre régime d'assurance maladie obligatoire). MAAF SANTE intervient dans la limite des frais engagés, après participation de la Sécurité sociale française.

	Sécurité sociale (en % de la BR)	PRIM'APPRENTI (Sécurité sociale incluse)	MAAX'APPRENTI (Sécurité sociale incluse)
HOSPITALISATION (1)			
■ Soins et frais de séjour (2)	80%	100%	100%
■ Transport médical	65%	100%	100%
■ Forfait journalier		18 €/jour	18 €/jour
■ Forfait journalier (hospitalisation psychopathologique)		13,50 €/jour	13,50 €/jour
■ Chambre particulière			50 €/nuit
■ Frais d'accompagnant (lit et repas)			30 €/jour
■ Prime naissance (3)			122 €/naissance
SOINS COURANTS			
■ Médecin traitant et correspondant (généraliste ou spécialiste)	70%	100%	100%
■ Médecin en accès direct (gynécologue, psychiatre, ophtalmologue, neuropsychiatre)	70%	100%	100%
■ Médecin hors parcours de soins	30%	60%	60%
■ Actes médicaux (2)	70%	70%	100%
■ Analyses médicales (prise de sang...)	60%	95%	100%
■ Auxiliaires médicaux (infirmier, kinésithérapeute, orthophoniste, orthoptiste, podologue...)	60%	60%	100%
■ Soins dentaires (détartrage, traitement d'une carie...)	70%	100%	100%
■ Radiologie	70%	70%	100%
■ Médicaments			
- vignette blanche	65%	100%	100%
- vignette bleue	30%	30%	100%
- vignette orange	15%	15%	100%
■ Petit appareillage / accessoires (semelle, attelles...)	60%	100%	100%
■ Forfait prévention (4), dont :			90 €/an
- contraception non prise en charge par le RO (pilule, préservatif, patch, anneau...)			30 €/an
- sevrage tabagique prescrit			50 €/an
■ Prothèse mammaire	100%	100%	100% + 50 €/an
■ Prothèse capillaire	100%	100%	100% + 50 €/an
■ Transport médical	65%	65%	100%
APPAREILLAGES ET PROTHÈSES			
Dentaire			
■ Couronnes prises en charge par la Sécurité sociale (5)	70%	100%	100% + 81 €/couronne
■ Autres prothèses prises en charge par la Sécurité sociale (5)	70%	100%	175%
■ Orthodontie prise en charge par la Sécurité sociale	100%	100%	150%
Optique (6)			
■ Lunettes, 1 paire par an, achetées chez un opticien partenaire du réseau Santéclair (uniquement pour les assurés résidant en métropole)			
- monture adulte 18 ans et plus	60%	100%	100% + 70 €/an
- monture enfant jusqu'à 18 ans	60%	100%	100% + 40 €/an
- verres hors traitements	60%	100%	REMBOURSEMENT INTEGRAL
- verres traités anti-rayures			REMBOURSEMENT INTEGRAL
- verres traités aminci (7)			RBT INTEGRAL dans la gamme de verres Offreclair (8)
■ Lunettes, 1 paire par an, achetées chez un autre opticien	60%	100%	100% + 92 €/an
■ Lentilles (9)	60%	100%	100% + 92 €/an
Autres appareillages			
■ Achat fauteuil roulant	100%	100%	100% + 500 €/an
■ Appareillages auditifs	60%	100%	250%
■ Grand appareillage (achat lit médicalisé, achat chaussures orthopédiques...)	100%	100%	100%

● Ce niveau n'est pas proposé pour les assurés relevant du régime local Alsace-Moselle car ce régime prend en charge les frais d'hospitalisation à 100%.

Pour bien comprendre :

Les garanties sont exprimées en pourcentage de la base de remboursement (BR).

Tous les forfaits fonctionnent par année civile, valables du 1^{er} janvier au 31 décembre.

Les garanties sont celles en vigueur au 01/01/2012.

Conformément à la réglementation du contrat responsable et solidaire, MAAF SANTE ne prend pas en charge :

- les dépassements et majorations liés au non respect du parcours de soins,
- la participation forfaitaire de 1 € applicable aux consultations, aux analyses médicales et à certains examens médicaux,
- les franchises de 0,50 € par boîte de médicaments et par acte effectué par un auxiliaire médical (sauf ceux pratiqués au cours d'une hospitalisation) ainsi que la franchise de 2 € par transport (à l'exception des transports d'urgence).

Précisions importantes

Hospitalisation

(1) HOSPITALISATION

Les garanties sont limitées à 60 jours par année civile pour les affections psychopathologiques.

(2) ACTES MÉDICAUX

MAAF SANTE prend en charge le forfait de 18 € laissé à la charge du patient par la Sécurité sociale pour les actes médicaux supérieurs ou égaux à 120 € (ou ayant un coefficient supérieur ou égal à 60) réalisés à l'hôpital ou en ville.

(3) PRIME NAISSANCE

La prime est versée pour une naissance ou une adoption et se limite à 2 versements en cas de naissance multiple.

Soins courants

(4) FORFAIT PRÉVENTION

En complément de la Sécurité sociale, MAAF SANTE prend en charge l'ensemble des actes ci-après définis par le ministère de la santé :

- détartrage annuel,
- dépistage de l'hépatite B,
- vaccins :
 - DTPolio,
 - 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 ans).

MAAF SANTE complète ce dispositif par un **forfait de 90 €** par an maximum (MAAX'Apprenti) sur des thèmes pour lesquels la Sécurité sociale n'intervient pas :

- tous moyens de contraception non pris en charge par la Sécurité sociale (pilule, préservatif, patch, anneau...) limités à 30 €/an,
- sevrage tabagique prescrit (patchs, comprimés, gommes, pastilles...) (limité à 50 €/an),
- crèmes solaires prescrites (limitées à 30 €/an),
- vaccins non pris en charge (dont vaccin anti-grippe),
- auto-tests de dépistage (recommandés par votre pharmacien) :
 - dépistage d'un virus utérin : le papillomavirus (recommandé aux femmes âgées de plus de 30 ans, une fois tous les 3 ans),
 - dépistage des infections urinaires,
- consultations diététiques effectuées par une diététicienne diplômée.

Appareillages et prothèses

(5) DENTAIRE

Dans la formule MAAX'Apprenti, l'ensemble des remboursements au-delà de 100%BR sur les couronnes et prothèses dentaires est versé dans une limite annuelle de 500 €.

(6) OPTIQUE

Les garanties sont limitées à 1 paire par an (1 monture + 2 verres).

Les prestations de MAAF SANTE versées lors d'un achat chez un opticien partenaire du réseau Santéclair ne sont pas cumulables avec les prestations de MAAF SANTE versées lors d'un achat auprès d'un autre opticien (en magasin ou sur internet).

(7) VERRES TRAITÉS EN AMINCI

Le niveau d'aminci pris en charge par MAAF SANTE est défini par votre défaut de vision :

- Pour les verres organiques

défaut de vision	indice (niveau d'aminci)
sphère* de 0.00 à 2.00	1,5
sphère* de 2.25 à 4.00	≤ 1,66
sphère* de 4.25 à 6.00	< 1,7
sphère* ≥ 6.25	≥ 1,7

- Pour les verres minéraux

défaut de vision	indice (niveau d'aminci)
sphère* de 0.00 à 2.00	< 1,53
sphère* de 2.25 à 4.00	< 1,61
sphère* de 4.25 à 6.00	< 1,71
sphère* de 6.25 à 8.00	< 1,81
sphère* ≥ 8.25	≥ 1,81

- Avec l'Offreclair uniquement pour les verres organiques

défaut de vision	indice (niveau d'aminci)
sphère* de 0.00 à 2.00	1,5
sphère* de 2.25 à 4.00	≤ 1,6
sphère* ≥ 4.25	≤ 1,67

* Sur votre ordonnance optique, la valeur qui suit directement la notion OD (œil droit) et OG (œil gauche) correspond à la sphère.

(8) VERRES TRAITÉS AMINCI AVEC OFFRECLAIR

Offreclair : mise à disposition d'une gamme de verres sélectionnés par les opticiens du réseau Santéclair proposant cette offre. Vous bénéficiez du remboursement intégral du traitement d'aminci dans ce choix de verres.

(9) LENTILLES

Pour les lentilles non prises en charge par la Sécurité sociale, MAAF SANTE ne verse que le forfait.

COMMENT ÊTRE REMBOURSÉ ?

Pour toute hospitalisation : présentez votre attestation de Tiers payant MAAF SANTE.

Si des prestations santé restent à votre charge vous devez fournir les documents suivants à MAAF SANTE pour obtenir le remboursement.

Prestations prises en charge par la Sécurité sociale	
Nature de la prestation	Justificatifs *
HOSPITALISATION <ul style="list-style-type: none"> ■ Soins / honoraires ■ Frais de séjour ■ Transport 	} décompte de la Sécurité sociale ou facture des frais engagés
SOINS COURANTS <ul style="list-style-type: none"> ■ Consultations, visites ■ Auxiliaires, actes médicaux ■ Analyses ■ Soins dentaires ■ Radios ■ Médicaments ■ Accessoires / petit appareillage ■ Transport 	} décompte de la Sécurité sociale
<ul style="list-style-type: none"> ■ Prothèses mammaires et capillaires 	décompte de la Sécurité sociale + facture du praticien
APPAREILLAGES ET PROTHÈSES <p>Dentaire :</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Couronnes ■ Prothèses ■ Orthodontie 	} décompte de la Sécurité sociale
<p>Optique :</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Lunettes 	décompte de la Sécurité sociale + facture de l'opticien ou facture des frais réglés
<ul style="list-style-type: none"> ■ Lentilles 	décompte de la Sécurité sociale
<p>Appareillages :</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Achat fauteuil roulant ■ Appareils auditifs ■ Grand appareillage (achat lit médicalisé, chaussures orthopédiques...) 	} décompte de la Sécurité sociale et facture des frais réglés

* Ces justificatifs doivent, sauf cas de force majeure, être présentés à MAAF SANTE dans un délai maximum de 6 mois après paiement par la Sécurité sociale.

➔ COMMENT ÊTRE REMBOURSÉ ?

Prestations non prises en charge par la Sécurité sociale	
Nature de la prestation	Justificatifs *
HOSPITALISATION <ul style="list-style-type: none"> ■ Forfait journalier ■ Chambre particulière ■ Frais d'accompagnant ■ Garantie assistance : location de téléviseur ■ Prime naissance 	} facture de l'établissement hospitalier tout justificatif de la naissance (si l'enfant n'est pas assuré à MAAF SANTE) ou de l'adoption (que l'enfant soit assuré ou non).
SOINS COURANTS <ul style="list-style-type: none"> ■ Consultations diététiques ■ Vaccins ■ Tests et auto-tests de dépistage ■ Sevrage tabagique prescrit ■ Crèmes solaires prescrites ■ Contraception 	facture du praticien } facture du pharmacien } ordonnance + facture du pharmacien facture d'achat
APPAREILLAGES ET PROTHÈSES <p>Optique :</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Lentilles 	facture de l'opticien

* Ces justificatifs doivent, sauf cas de force majeure, être présentés à MAAF SANTE dans un délai maximum de 6 mois après réalisation de l'évènement ou paiement de la facture.

TIERS PAYANT

MAAF SANTE vous envoie une attestation de tiers payant permettant de justifier de votre 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.

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

Aux environs du 15 décembre de chaque année, vous recevez une nouvelle attestation avec une période de validité du 1^{er} janvier au 31 décembre de l'année suivante. A chaque évolution des garanties du contrat ou de votre situation personnelle, une nouvelle attestation vous sera adressée prenant en compte ce changement et sa date d'effet.

RÉSEAU DE PROFESSIONNELS DE SANTÉ

Grâce au réseau de professionnels de santé de notre partenaire Santéclair, vous bénéficiez de tarifs négociés et de services privilégiés (métropole uniquement), parmi :

- 2 800 opticiens,
- 2 500 chirurgiens-dentistes, d'orthodontistes et de stomatologues,
- 400 audioprothésistes,
- 200 diététiciennes.

Pour bénéficier du tiers payant et éviter l'avance de frais, les opticiens, chirurgiens-dentistes, ou audioprothésistes partenaires du réseau doivent adresser une demande de prise en charge à Santéclair.

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.

GARANTIE DÉCENNALE SUR LES PROTHÈSES FIXES

Les couronnes, les bridges et les inlay-cores sont garantis 10 ans lors de la pose et du remplacement lorsqu'ils sont réalisés par un dentiste du réseau Santéclair.

SERVICES EN LIGNE ACCESSIBLES SUR www.maaf.fr

Des informations hospitalières

Vous accédez au palmarès des hôpitaux. Ce service vous permet de savoir quel est le meilleur établissement public ou privé pour un acte de chirurgie spécifique ou pour la prise en charge du cancer.

En cas de dépassement d'honoraires importants demandés par votre praticien, vous pouvez adresser le devis établi à Santéclair avant de donner votre accord. Un spécialiste l'analysera sous 72 heures et, si besoin, vous donnera les éléments pour en faire diminuer le montant.

Un service d'automédication

À votre disposition :

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

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

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".

Un service nutrition

Pour vous aider à équilibrer votre alimentation, vous disposez du site "Mon programme nutrition".

Grâce à un programme en 7 étapes, vous pourrez savoir ce qui est le mieux pour vous en matière d'alimentation, obtenir des conseils personnalisés selon votre profil et apprendre à établir des menus et à évaluer les quantités nécessaires.

Vous pouvez aller plus loin en accédant :

- à un service téléphonique de consultations diététiques dispensées par des diététiciennes diplômées qui sont à votre écoute du lundi au vendredi au 0 800 838 838 de 9h à 19h. Vous pouvez choisir parmi 3 types d'offres négociées (20 à 74 €), comportant une ou plusieurs consultations. Vous bénéficiez du paiement en ligne sécurisé et recevez 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 en France entière.

Tous ces services vous sont proposés par notre partenaire Santéclair :

Une équipe de conseillers est à votre service du lundi au vendredi de 9h à 19h30 et le samedi jusqu'à 17h au 0 800 838 838 (appel gratuit depuis un poste fixe – surcoût éventuel selon opérateur)

Vous pouvez les joindre également :

- Par courrier – 78 boulevard de la République – 92514 Boulogne Billancourt
- Par fax au 01 47 61 20 92

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) ainsi qu'à vos enfants à charge.

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

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

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

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

	Garanties					
	Location de téléviseur	Venue d'un proche	Retour au domicile des parents	Livraison de médicaments	Aide aux démarches administratives	Assistance psychologique
Événement déclenchant les garanties						
■ Hospitalisation soudaine et imprévue dès le 1 ^{er} jour	●			●	●	
■ Hospitalisation soudaine et imprévue d'au moins 3 jours	●	●		●	●	
■ Immobilisation soudaine et imprévue au domicile d'au moins 6 jours			●	●	●	
■ Décès					●	●

Définitions :

- Bénéficiaire : le sociétaire et son conjoint assurés ou non ainsi que 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 l'un des bénéficiaires.

DÉTAILS DES PRESTATIONS

Les garanties décrites ci-après sont accordées si le bénéficiaire remplit les conditions de mise en oeuvre (cf tableau p. 12).

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

- Jusqu'à 1 mois.

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).

Retour au domicile des parents

- Déplacement aller/retour de l'assuré au domicile de ses parents (France métropolitaine ou même département pour les DOM, train 1^{ère} classe ou avion de ligne classe économique).

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.

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.

Assistance psychologique

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

- 1 à 5 entretiens téléphoniques individuels avec un psychologue clinicien,
- si nécessaire 1 à 3 entretiens en face à face avec un psychologue clinicien dans la limite de 52€ par entretien.

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.

→ LA VIE DE VOTRE CONTRAT COMPLÉMENTAIRE SANTÉ

Le contrat

Le contrat est conclu dès qu'il a fait l'objet d'un accord entre vous et nous. Cet accord porte sur les INFORMATIONS déclarées, les GARANTIES que vous avez choisies et la COTISATION correspondante.

Votre contrat se compose :

- des Conditions Générales. Il s'agit du présent document,
- des Conditions Particulières ou fiche personnalisée d'assurance complémentaire santé.

L'entrée en vigueur du contrat

Votre contrat est valable à compter de la date d'effet indiquée sur votre fiche personnalisée d'assurance complémentaire santé (Conditions Particulières), sous la condition de l'encaissement effectif, par nous, du montant de la cotisation due par le souscripteur.

Cette date se situera au plus tôt le lendemain de la date de signature de votre contrat.

En cas de modification de votre contrat, une nouvelle fiche personnalisée d'assurance complémentaire santé (Conditions Particulières) indiquant la date d'effet et la nature de la modification vous seront remises.

La durée de votre contrat

Sauf mention contraire indiquée sur votre fiche personnalisée d'assurance complémentaire santé (Conditions Particulières), votre contrat est souscrit jusqu'au 31 décembre de l'année de sa prise d'effet et il est reconduit automatiquement d'année en année sauf dénonciation par l'une des parties dans les conditions prévues p 16.

La déclaration

Pour nous permettre de vous proposer les garanties adaptées à votre situation et de calculer la cotisation correspondante vous devez :

→ À LA SOUSCRIPTION

Répondre avec exactitude aux questions posées dans les documents de souscription.

→ EN COURS DE CONTRAT

Nous déclarer, dans un délai de 15 jours à partir du moment où vous en avez eu connaissance, toutes les modifications du risque concernant le souscripteur ou l'assuré :

- changement de régime,
- changement de domicile,
- décès.

Si ces changements modifient le montant de votre cotisation, une réévaluation de cette dernière sera effectuée.

L'assuré devra attester tous les ans de sa qualité d'apprenti en présentant un justificatif (exemples : carte nationale d'apprenti, contrat d'apprentissage).

L'ouverture des droits

Il y a application immédiate des garanties pour des soins survenus après la date d'effet du contrat.

Les modifications de garantie

Un changement de garanties à la hausse ou à la baisse est possible après 12 mois de présence dans la formule précédemment souscrite. Les nouvelles garanties s'appliquent alors immédiatement.

→ LA VIE DE VOTRE CONTRAT COMPLÉMENTAIRE SANTÉ

La cotisation

Il s'agit du prix des garanties que vous avez choisies pour assurer le risque déclaré.

Le montant de votre cotisation est indiqué sur votre fiche personnalisée d'assurance complémentaire santé (Conditions Particulières).

Le montant de votre cotisation vous sera également indiqué lors de chaque avis d'échéance.

Pour percevoir vos prestations, vous devez être à jour de vos cotisations.

Le montant

Le montant de votre cotisation est déterminé à partir des éléments suivants :

- le régime d'assurance maladie,
- le niveau de garantie,
- la périodicité et le mode de paiement choisis.

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

- votre cotisation annuelle proprement dite,
- les frais de fractionnement*,
- les frais d'échéance qui correspondent à des dépenses liées aux échéances de paiement de votre cotisation. Ces frais sont indiqués sur votre avis d'échéance,
- 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 :

- 4 % du montant total de votre cotisation proprement dite si vous réglez votre cotisation chaque mois,
- 3 % en cas de règlement trimestriel de votre cotisation,
- 2 % en cas de règlement semestriel de votre cotisation.

Le paiement

Le paiement peut s'effectuer de façon mensuelle, trimestrielle, semestrielle ou annuelle.

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 1^{er} juillet.

La révision

La cotisation est révisable en cours d'année ou à chaque échéance annuelle qui se situe au 31 décembre de chaque année.

En cours d'année, elle peut être modifiée :

Du fait de l'assuré :

- un changement de régime obligatoire,
- une modification de la garantie.

Du fait des dispositions réglementaires :

- une modification des montants de la base de remboursement du régime obligatoire ou des remboursements des régimes obligatoires,
- une modification législative ou réglementaire.

À l'échéance, elle peut être modifiée du fait :

- de la revalorisation des garanties,
- d'un accroissement de la sinistralité générale (fréquence et/ou du coût des sinistres).

Dans les 2 derniers cas, une note accompagnant l'avis d'échéance informe le souscripteur des motifs de la modification.

→ LA VIE DE VOTRE CONTRAT COMPLÉMENTAIRE SANTÉ

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 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 radiation

→ PAR LE SOUSCRIPTEUR

Vous pouvez dénoncer votre contrat, par lettre recommandée moyennant un préavis de 2 mois avant la date d'échéance. La démission prend effet au 1^{er} janvier de l'année suivante.

→ PAR MAAF SANTE

Nous pouvons dénoncer votre contrat :

- dans les 3 mois qui suivent la perte de la qualité d'apprenti ou de la date à laquelle nous avons connaissance de cette perte de qualité,
- au 31 décembre de l'année en cours en cas d'absence du justificatif attestant du maintien du statut d'apprenti,
- en cas de non paiement de la cotisation à la date prévue, à défaut de paiement d'une fraction de cotisation dans les 10 jours de son échéance, toutes les fractions non encore payées de l'année d'assurance en cours deviennent immédiatement exigibles.

Si vous ne réglez pas votre cotisation ou fraction de cotisation dans les 10 jours de son échéance, VOTRE CONTRAT SERA SUSPENDU 30 jours après que nous vous ayons envoyé une lettre recommandée de mise en demeure si vous n'avez pas réglé la totalité des sommes dues, y compris les frais de mise en demeure, pendant ce délai.

Toujours en l'absence de règlement intégral après ce délai de 30 jours, votre contrat sera résilié 10 jours après la date de suspension par notification sur la lettre de mise en demeure.

Le contrat non résilié reprend ses effets le lendemain à midi du jour où nous avons reçu le règlement de l'intégralité des sommes dont vous nous êtes redevables. La suspension de garantie intervenue en cas de non paiement d'une des fractions de cotisation produit ses effets jusqu'à l'expiration de la période annuelle considérée.

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

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 au 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.

LA VIE DE VOTRE CONTRAT COMPLÉMENTAIRE SANTÉ

LES INFORMATIONS PARTICULIÈRES LIÉES À LA VENTE À DISTANCE

Les informations qui vous ont été données à l'occasion de la vente à distance de votre contrat revêtent un caractère commercial et sont valables jusqu'au 31 décembre de l'exercice en cours.

Délai de Renonciation au contrat conclu exclusivement à distance (Article L221-18 du Code de la Mutualité)

Vous disposez d'un délai de quatorze jours calendaires révolus pour renoncer au contrat si ce dernier a été conclu exclusivement à distance. Ce délai commence à courir, soit à compter du jour où le contrat a pris effet, soit à compter du jour où vous avez reçu les présentes conditions générales et particulières si cette date est postérieure à celle de la prise d'effet du contrat.

Le droit de renonciation ne s'applique toutefois pas si le contrat a été exécuté intégralement par les deux parties à votre demande expresse avant que vous n'exerciez votre droit à renonciation. En cas de renonciation, MAAF SANTE conservera la portion de cotisation perçue afférente à la période couverte.

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

Vous devez notifier votre demande à l'adresse du siège social de MAAF SANTE par lettre recommandée avec demande d'avis de réception. Cette demande intégrera la phrase suivante :

« Je soussigné <votre nom et prénom> exerce mon droit de renonciation prévu par 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 -----».

Délai 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.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 -----».

A**CCESOIRES** : 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.

ACCIDENT : toute atteinte corporelle résultant d'un choc direct, violent, soudain et imprévu provoqué par un agent extérieur à l'assuré.

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...

ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE (AMO) : régimes obligatoires couvrant tout ou partie des dépenses liées à la maladie, à la maternité et aux accidents.

Synonymes : régimes obligatoires (de protection sociale) (RO), Sécurité sociale.

ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE (AMC) :

ensemble des garanties assurant la prise en charge, à titre individuel ou collectif, pour une personne ou sa famille, de tout ou partie des frais liés à la santé, en complément ou en supplément des prestations de l'assurance maladie obligatoire.

Synonymes : organisme d'assurance maladie complémentaire (OCAM), complémentaire santé.

ASSURÉ : personne physique ou morale au profit de laquelle le contrat a été souscrit. L'assuré est la personne sur laquelle le risque repose et qui bénéficie des prestations définies par l'assureur.

Synonyme : bénéficiaire.

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.

B**ASE DE REMBOURSEMENT (BR)** : tarif servant de référence à l'assurance maladie obligatoire pour déterminer le montant de son remboursement. On parle de :

- tarif de convention (TC) lorsque les actes sont effectués par un professionnel de santé conventionné avec l'assurance

maladie obligatoire. Il s'agit d'un tarif fixé par une convention signée entre l'assurance maladie obligatoire et les représentants de cette profession,

- tarif d'autorité (TA) lorsque les actes sont effectués par un professionnel de santé non conventionné avec l'assurance maladie obligatoire (ce qui est peu fréquent). Il s'agit d'un tarif forfaitaire qui sert de base de remboursement. Il est très inférieur au tarif de convention,

- tarif de responsabilité (TR) pour les médicaments, appareillages et autres biens médicaux.

Synonymes : tarif de responsabilité (TR), tarif de convention (TC), tarif d'autorité (TA), base de remboursement de la Sécurité sociale (BRSS), base de remboursement de l'assurance maladie obligatoire.

C**HAMBRE PARTICULIÈRE** : prestation proposée par les établissements de santé, permettant à un patient hospitalisé d'être hébergé dans une chambre individuelle.

La chambre individuelle n'est presque jamais remboursée par l'assurance maladie obligatoire, car le patient peut demander à être hébergé en chambre commune (sauf lorsque la prescription médicale impose l'isolement dans un établissement psychiatrique ou de soins de suite).

Son coût varie selon les établissements. Il peut être remboursé par l'assurance maladie complémentaire.

CONJOINT : personne mariée non séparée de droit ou de fait, à défaut le partenaire pacsé, à défaut le concubin.

CONTRAT "RESPONSABLE ET SOLIDAIRE" : la très grande majorité des complémentaires santé sont « responsables et solidaires ».

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 2011, 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.

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

En fonction du statut de l'établissement, ces frais de séjour peuvent ne pas inclure les honoraires médicaux et paramédicaux, qui seront alors facturés à part.

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

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 €.

FRANCHISE MÉDICALE : somme déduite des remboursements effectués par l'assurance maladie obligatoire sur les médicaments, les actes paramédicaux et les transports sanitaires depuis le 1^{er} janvier 2008.

Son montant est de :

- 0,50 € par boîte de médicaments,
- 0,50 € par acte paramédical,
- 2 € par transport sanitaire.

La franchise est plafonnée à 50 € par an pour l'ensemble des actes et/ou prestations concernés. Un plafond journalier a également été mis en place pour les actes paramédicaux et les transports sanitaires : pas plus de 2 € par jour sur les actes paramédicaux et pas plus de 4 € par jour pour les transports sanitaires.

Certaines personnes en sont exonérées : jeunes de moins de 18 ans, bénéficiaires de la CMU Complémentaire et de l'Aide Médicale de l'Etat, femmes enceintes durant toute la durée de la grossesse.

Les franchises ne sont pas remboursées par les complémentaires santé « responsables ».

Voir également : contrat « responsable et solidaire ».

GARANTIE (proposée par les organismes d'assurance maladie complémentaire) : engagement de l'organisme d'assurance maladie complémentaire à assurer la prise en charge totale ou partielle des frais de santé à un niveau prévu à l'avance par des documents contractuels. Les garanties peuvent notamment concerner :

- les frais liés à une hospitalisation (honoraires, frais de séjour, forfait journalier hospitalier, chambre particulière...),
- les consultations et visites de médecins généralistes ou spécialistes,
- les frais pharmaceutiques (médicaments et vaccins),
- les frais de biologie médicale (analyses),
- les actes médicaux et d'auxiliaires médicaux,
- les frais d'optique : montures, verres et lentilles,
- les frais de soins et de prothèses dentaires,
- les frais d'appareillage (audioprothèse, fauteuil roulant...).

Cet engagement est matérialisé par la souscription d'un contrat ou l'adhésion à des statuts ou à un règlement, selon le type d'organisme d'assurance maladie complémentaire.

HONORAIRES : rémunération d'un professionnel de santé libéral.

HOSPITALISATION : désigne généralement un séjour dans un établissement de santé en vue du traitement médical d'une maladie, d'un accident ou d'une maternité.

L'hospitalisation à domicile (HAD) constitue une alternative à l'hospitalisation classique, et permet d'assurer des soins chez le patient.

Voir également : forfait journalier hospitalier, frais de séjour, frais d'accompagnement, forfait « 18 euros », chambre particulière.

INLAYS : technique permettant de reconstruire la dent tout en la gardant vivante.

LENTILLES : les lentilles de contact sont des verres correcteurs posés sur la cornée. L'assurance maladie obligatoire ne rembourse les lentilles de contact que pour certains défauts visuels. Elles peuvent être prises en charge par l'assurance maladie complémentaire.

LUNETTES : 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 1,70 € pour une monture (60 % de 2,84 €), et au maximum de 14,72 € par verre (60 % de 24,54 €) au 2 mai 2011.

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.

MALADIE : toute altération de votre état de santé constatée médicalement.

MÉDICAMENTS : 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.

NOUS : MAAF SANTE : Chauray 79030 Niort Cedex 9.

ORTHODONTIE : 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.

PARCOURS DE SOINS COORDONNÉS : circuit que les patients doivent respecter pour bénéficier d'un suivi médical coordonné, personnalisé et être remboursé normalement. Organisé autour du médecin traitant, il concerne tous les bénéficiaires de l'assurance maladie obligatoire âgés de plus de 16 ans.

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

- a déclaré un médecin traitant auprès de l'assurance maladie obligatoire et consulte celui-ci (ou son remplaçant) en première intention,
- consulte un autre médecin, appelé « médecin correspondant », auquel elle a été adressée par son médecin traitant.

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

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

Lorsqu'une personne est en dehors du parcours de soins, le remboursement de l'assurance maladie obligatoire est diminué et, dans la plupart des cas, l'assurance maladie complémentaire ne prend pas en charge la différence.

Voir également : contrat responsable et solidaire.

PARTICIPATION FORFAITAIRE D'UN EURO : participation forfaitaire d'un euro laissée à la charge du patient pour tous les actes et consultations réalisés par un médecin, ainsi que pour tous les actes de biologie et 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 6ème 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.

PRESTATIONS (d'un contrat d'assurance maladie complémentaire) : il s'agit des montants remboursés à un assuré par l'organisme d'assurance maladie complémentaire en application de ses garanties (et des éventuels services associés qu'elles prévoient).

S**OUSCRIPTEUR :** personne physique ou morale, appelée également sociétaire, qui souscrit le contrat et s'acquitte des cotisations.

T**AUX 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, hospitalisation, appareillage, honoraires.

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

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 vous ont délivrés.

Synonyme : dispense d'avance des frais.

V**OUS :** l'assuré pour tout ce qui concerne les garanties, le souscripteur pour les obligations relatives à la vie du contrat.

NB : les montants indiqués dans le glossaire sont des montants valables au 2 mai 2011.

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 : Chauray - 79036 NIORT Cedex 09 - www.maaf.fr



PRO
la référence qualité pro