MES BIENS

MON ARGENT

MON ACTIVITÉ PROFESSIONNELLE

MA FAMILLE

SANTÉ

SANTÉ BIORYTHM

CONDITIONS GÉNÉRALES

NOTICE D'INFORMATION VALANT RÈGLEMENT

MAAF

Contrat Santé BIORYTHM

Notice d'information valant règlement

Dispositions en vigueur au 01/01/2024

OÙ TROUVER CE QUE VOUS CHERCHEZ

TABLEAU DES FORMULES DE GARANTIES **p. 4**

- Module Hospitalisation p. 4
- Module Soins courants p. 6
- Module Appareillages et Prothèses p. 9

ASSISTANCE SANTÉ À DOMICILE **p. 12**

- Tableau des prestations p. 13
- Détail des prestations p. 15

GARANTIE D'ASSISTANCE « AIDE AUX AIDANTS » **p. 20**

- Chapitre I : Dispositions générales p. 20
- Chapitre II : Garanties d'assistance « Aide aux aidants » p. 20

CE QUE VOUS DEVEZ SAVOIR **p. 23**

- Les garanties p. 23
- L'objet de la garantie p. 23
- Précisions sur certaines garanties p. 23
- Votre contrat p. 24
- Votre déclaration p. 24
- L'entrée en vigueur du contrat p. 24
- La durée de votre contrat p. 24
- Les conditions d'adhésion p. 24
- L'ouverture des droits p. 24
- Attestation de Tiers payant p. 25
- Cotisation p. 25
- Subrogation p. 26
- Prescription p. 26
- Résiliation p. 27
- Les dispositions générales p. 27

GLOSSAIRE MAAF SANTÉ **p. 31**

HOSPITALISATION : LES GARANTIES

Les prestations sont exprimées en pourcentage de la base de remboursement (BR) de la Sécurité sociale ou en euros. **Les garanties exprimées en % BR nécessitent et incluent la participation du régime obligatoire (RO) ou du régime local Alsace Moselle (AM).** Celles exprimées en euros correspondent au remboursement complémentaire de MAAF Santé (s'il y a prise en charge du Régime obligatoire, son remboursement intervient en supplément). MAAF Santé intervient dans la limite des frais engagés.

HOSPITALISATION	Niveau 1 ●	Niveau 2	Niveau 3	Niveau 4
Forfait journalier hospitalier	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Frais de séjour	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Honoraires hospitaliers (1)	100 % BR	100 % BR	140 % BR*	200 % BR*
Transport (2)	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Chambre particulière (50 % du forfait en ambulatoire) (3)	-	50 €	60 €	80 €
Frais d'accompagnant (lit et repas) (3)	-	30 € /jour	30 € /jour	30 € / jour
Prime naissance (4)	-	122 €	153 €	153 €

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

Pour bien comprendre :

BR (base de remboursement) : tarif servant de référence à la Sécurité sociale pour déterminer le montant de son remboursement.

Précisions importantes sur :

la réglementation

(1) Des participations forfaitaires sont laissées à la charge de l'assuré pour :
- les actes coûteux pratiqués en ville ou en établissement de santé,
- tout passage passage non programmé dans les services d'urgences d'un établissement de santé non suivi d'une hospitalisation.

MAAF Santé prend intégralement en charge ces participations forfaitaires.

(2) Une franchise de 2 € par transport est laissée à la charge du patient par la Sécurité sociale. MAAF Santé ne la prend pas en charge.

* Les garanties sont majorées de 20 % de la base de remboursement pour les honoraires des médecins ayant adhéré à l'un des Dispositifs de Pratique Tarifaire Maîtrisée.

les garanties MAAF Santé

(3) **En cas d'hospitalisation pour affections psychopathologiques, en secteur public ou privé ou de séjours en alcoologie et toxicologie, les frais de chambre particulière et les frais d'accompagnement ne sont pas pris en charge.**

(4) Il n'est versé qu'une prime par foyer (pour une naissance ou une adoption) sur la base de la formule souscrite pour l'enfant. En cas de naissances multiples, le versement se limite à 2 primes.

En cas **d'hospitalisation en ambulatoire :** les frais de transport seront remboursés (quel que soit le niveau souscrit) ainsi que les éventuels dépassements d'honoraires (mais uniquement pour les niveaux 3 et 4). **Les frais de chambre particulière en ambulatoire sont pris en charge à hauteur de 50 % du forfait, soit : 25 € en niveau 2, 30 € en niveau 3 et 40 € en niveau 4.**

Les services associés :

- tiers payant auprès des hôpitaux et cliniques afin de vous éviter de faire l'avance des frais, sur présentation de votre attestation de tiers payant,
- accès à partir de votre espace client MAAF sur maaf.fr au site d'information hospitalière qui vous donnera le classement des établissements publics ou privés par type d'acte chirurgical ainsi que dans la prise en charge du cancer en chirurgie, chimiothérapie et radiothérapie sur une zone géographique donnée. Le site internet du classement des hopitaux est proposé et géré par Santéclair (RCS N°428 704 977),
- analyse du devis remis par votre praticien et calcul de votre reste à charge,
- en cas d'hospitalisation en urgence ou d'immobilisation à votre domicile, vous bénéficiez d'une assistance (aide ménagère, garde d'enfants, livraison de repas .....) (cf page 13).

Une garantie optionnelle : l'Indemnité Journalière Hospitalisation.

Elle ne peut être souscrite qu'avec une formule Biorythm complète (Hospitalisation + Soins courants + Appareillages/ prothèses).

OPTION	Niveau 1	Niveau 2	Niveau 3
• **Indemnité Journalière Hospitalisation**	16 € / jour	31 € / jour	46 € / jour

HOSPITALISATION : LES GARANTIES

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

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

MAAF Santé se réserve la possibilité de demander toute pièce complémentaire nécessaire à la gestion du dossier.

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

Si vous fournissez ou utilisez sciemment des renseignements ou des documents inexacts, fabriqués ou falsifiés comme justificatifs ou usez d'autres moyens frauduleux en vue d'obtenir le versement des prestations, vous vous exposez à être déchu de tout droit à indemnisation. **La preuve du caractère frauduleux incombe à l'assureur.** MAAF Santé est fondée à recouvrir les sommes indûment versées et à agir en justice pour obtenir réparation de son préjudice.

Dans le cas où le cumul des remboursements servis au titre du présent contrat et ceux versés par un autre organisme assureur donnerait lieu à un remboursement total supérieur au montant de l'ensemble des dépenses réellement exposées, les remboursements ou indemnisations servis au titre du contrat seraient réduits à due concurrence.
Si le remboursement de MAAF Santé conduit à un dépassement du montant réel des dépenses, vous êtes dans l'obligation de rembourser à MAAF Santé le trop-perçu.

Prestations prises en charge par la Sécurité sociale	
Nature de la prestation	**Justificatifs**
■ honoraires hospitaliers ■ frais de séjour ■ transport	facture acquittée des frais engagés et décompte de la Sécurité sociale

Le décompte de la Sécurité sociale n'est pas nécessaire si vous avez bénéficié de la télétransmission. La Sécurité sociale précise sur votre décompte si ce dernier nous a été transmis. Sinon, vous devez nous l'adresser.

Prestations non prises en charge par la Sécurité sociale	
Nature de la prestation	**Justificatifs**
■ forfait journalier hospitalier ■ frais d'accompagnant ■ chambre particulière ■ garantie Assistance : location de téléviseur ■ prestation avec dépassements d'honoraires	facture de l'établissement hospitalier
■ prime d'adoption	tout justificatif d'adoption

Option Indemnité journalière Hospitalisation	
Nature de la prestation	**Justificatif**
■ versement de l'indemnité	facture de l'établissement hospitalier

SOINS COURANTS : LES GARANTIES

Les prestations sont exprimées en pourcentage de la base de remboursement (BR) de la Sécurité sociale ou en euros. **Les garanties exprimées en % BR nécessitent et incluent la participation du régime obligatoire (RO) ou du régime local Alsace Moselle (AM).** Celles exprimées en euros correspondent au remboursement complémentaire de MAAF Santé (s'il y a prise en charge du Régime obligatoire, son remboursement intervient en supplément). MAAF Santé intervient dans la limite des frais engagés.

SOINS COURANTS	Niveau 1 ●	Niveau 2	Niveau 3	Niveau 4
Honoraires médicaux				
- Consultations, visites (1)(3)	100 % BR	100 % BR	120 % BR**	190 % BR**
- Actes médicaux (1)(2)(3)	100 % BR	100 % BR	120 % BR**	190 % BR**
- Radios (dont ostéodensitométrie prise en charge par la Sécurité sociale)(1)(3)	100 % BR	100 % BR	120 % BR**	190 % BR**
- Ostéodensitométrie non prise en charge par la Sécurité sociale*	-	30 €	50 €	75 €
Analyses et examens de laboratoires (1)	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Honoraires paramédicaux (infirmiers, kinésithérapeutes, orthophonistes, orthoptistes, podologues, ...) (4)	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Accompagnement psychologique remboursé par le RO (10)	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Ostéopathie, chiropractie et à partir de 55 ans pédicures* (9) } non remboursés par le RO	-	25 €/séance (limité à 1 fois/an)	25 €/séance (limité à 2 fois/an)	35 €/séance (limité à 2 fois/an)
Médicaments :				
- Médicaments remboursés à 65 % RO (90 % AM) (4)(5)	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
- Médicaments remboursés à 30 % RO (80 % AM) (4)(5)	30 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
- Médicaments remboursés à 15 % RO (4)(5)	15 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
- Forfait automédication* (6)	-	20 €	30 €	30 €
- Pilule contraceptive non prise en charge par la Sécurité sociale*	-	-	-	45 €
Matériel médical				
- Petit appareillage/ accessoires (semelles, attelles, genouillères,....)	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
- Prothèse mammaire* (7)	100 % BR	100 % BR + 50 €	100 % BR + 100 €	100 % BR + 150 €
- Prothèse capillaire* (7)	100 % BR	100 % BR + 50 €	100 % BR + 100 €	100 % BR + 150 €
- Achat fauteuil roulant* (7)	100 % BR	100 % BR + 500 €	100 % BR + 1 500 €	100 % BR + 2 000 €
- Grand appareillage* (7) (achat lit médicalisé, achat chaussures orthopédiques...)	100 % BR	100 % BR	100 % BR	350 % BR
Forfait prévention*	-	90 €	90 €	90 €
Transport (4)	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Cure thermale prise en charge par la Sécurité sociale				
- forfait thermal	65 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
- surveillance médicale	70 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
- hébergement* (8)	65 % ou 0 % BR	100 % ou 0 % BR	100 % ou 0 % BR + 153 €	100 % ou 0 % BR + 382 €

Pour bien comprendre :

BR : (base de remboursement) : tarif servant de référence à la Sécurité sociale pour déterminer le montant de son remboursement.
RO : régime obligatoire

● Ce niveau ne concerne pas les assurés dépendant du régime local Alsace-Moselle.

Il ne peut être souscrit qu'avec
- le module « Hospitalisation » niveau 1 ou 2,
- le module « Hospitalisation » niveau 1 ou 2 et le module « Appareillages/prothèses » niveau 1.

SOINS COURANTS : LES GARANTIES

Précisions importantes sur :

la réglementation

(1) La participation forfaitaire de 1 € appliquée par la Sécurité sociale n'est pas prise en charge par MAAF Santé.

(2) Des participations forfaitaires sont laissées à la charge de l'assuré pour :
- les actes coûteux pratiqués en ville ou en établissement de santé,
- tout passage passage non programmé dans les services d'urgences d'un établissement de santé non suivi d'une hospitalisation.

MAAF Santé prend intégralement en charge ces participations forfaitaires.

** Les garanties sont majorées de 20 % de la base de remboursement pour les honoraires des médecins ayant adhéré à l'un des Dispositifs de Pratique Tarifaire Maîtrisée.

(3) En cas de non respect du parcours de soins, la Sécurité sociale diminue sa participation pour n'intervenir qu'à hauteur de 30 % de la base de remboursement et les médecins consultés directement sont autorisés à effectuer des dépassements d'honoraires. Ces différentes pénalités ne sont pas prises en charge par MAAF Santé.

(4) La franchise médicale de 0.50 € par boite de médicaments et par acte effectué par un auxiliaire médical (à l'exception de ceux pratiqués au cours d'une hospitalisation) ainsi que la franchise médicale de 2 € par transport sanitaire (à l'exception des transports d'urgence) qui sont appliquées par la Sécurité sociale ne sont pas prises en charge par MAAF Santé.

les garanties MAAF Santé

(5) MAAF Santé intervient à hauteur de 35 % sur les médicaments remboursés à 65 % RO (90 % AM) (tous les niveaux), 70 % sur les médicaments remboursés à 30 % RO (80 % AM) et à 85 % sur les médicaments remboursés à 15 % RO (niveaux 2, 3 et 4).

(6) Le forfait automédication permet la prise en charge de médicaments accessibles en pharmacie sans ordonnance. **Les médicaments pris en charge au titre de cette garantie sont ceux figurant sur le site internet d'aide à l'automédication** (sirop antitussif, douleurs, fièvres, antihistaminiques, veinotoniques, substituts nicotiniques tels que prévus dans la "Liste des substituts nicotiniques pris en charge par l'assurance maladie" non remboursés par le régime obligatoire car non prescrits par un médecin...). Le site internet d'aide à l'automédication est proposé et géré par Santéclair (RCS N°428 704 977) ; il peut évoluer à tout moment. Vous pouvez le consulter à partir de votre Espace client MAAF sur maaf.fr (la liste des médicaments est également disponible auprès de votre conseiller MAAF).

(7) La Sécurité sociale rembourse 100 % de la base de remboursement. MAAF Santé verse un supplément selon le niveau souscrit.

(8) En l'absence de participation de la Sécurité sociale sur l'hébergement (ou tout autre régime obligatoire), MAAF Santé ne verse que le supplément (pour les niveaux 3 et 4), dans la limite de la période de prise en charge de la cure thermale par le Régime Obligatoire.

(9) La limite de remboursement annuelle s'applique à l'ensemble des spécialités.

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

* Tous les forfaits, qui sont des forfaits par assuré, sont **des forfaits par année civile valables du 1er janvier au 31 décembre.**

La prévention

MAAF Santé rembourse le ticket modérateur des actes de prévention pris en charge par le Régime Obligatoire.

De plus, MAAF Santé verse un forfait global de 90 € maximum par an et par assuré pour couvrir des actes de prévention non pris en charge par le Régime Obligatoire.

Forfait prévention MAAF Santé
Les consultations diététiques effectuées par une diététicienne diplômée
Les vaccins non pris en charge (dont le vaccin anti-grippe)
Les tests et auto-tests de dépistage (recommandés par votre pharmacien) dont le dépistage des infections urinaires
Les préservatifs (limités à 30 €/an)
Le sevrage tabagique : substituts nicotiniques tels que prévus dans la "liste des substituts nicotiniques pris en charge par l'assurance maladie" non remboursés par le RO car non prescrits par un médecin (limité à 50 €/an)
Les crèmes solaires prescrites (limitées à 30 €/an)

Les services associés :

Tiers payant possible auprès des professionnels de santé qui l'acceptent et avec lesquels MAAF Santé a des accords afin de vous éviter de faire l'avance de certains frais, sur présentation de votre attestation de Tiers payant.

SOINS COURANTS : LES GARANTIES

Si vous n'avez pas bénéficié du tiers payant sur la part complémentaire et que des prestations restent à votre charge, selon la garantie, vous devez fournir les documents suivants à MAAF Santé pour obtenir le remboursement :

Prestations prises en charge par la Sécurité sociale	
Nature de la prestation	**Justificatifs**
■ consultations, visites ■ honoraires paramédicaux, actes médicaux ■ analyses ■ radios ■ médicaments et les honoraires de dispensation **Transport** **Cure thermale :** ■ forfait thermal / surveillance médicale ■ transport	■ décompte de la Sécurité sociale ■ en cas de tiers payant sur la part de la Sécurité sociale uniquement, décompte de la Sécurité sociale + facture détaillée et acquittée
■ hébergement	décompte de la Sécurité sociale + facture + accord ou refus de prise en charge de la Sécurité sociale
Matériel médical ■ prothèses mammaires et capillaires	décompte de la Sécurité sociale + facture du praticien
■ accessoires/petit appareillage ■ achat fauteuil roulant ■ grand appareillage (achat lit médicalisé, chaussures orthopédiques…)	décompte de la Sécurité sociale et facture des frais réglés ■ décompte de la Sécurité sociale ■ en cas de tiers payant sur la part de la Sécurité sociale uniquement, décompte de la Sécurité sociale + facture détaillée et acquittée

Le décompte de la Sécurité sociale n'est pas nécessaire si vous bénéficiez de la télétransmission. La Sécurité sociale précise sur votre décompte si ce dernier nous a été transmis. Sinon, vous devez nous l'adresser.

MAAF Santé se réserve la possibilité de demander toute pièce complémentaire nécessaire à la gestion du dossier.

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

Si vous fournissez ou utilisez sciemment des renseignements ou des documents inexacts, fabriqués ou falsifiés comme justificatifs ou usez d'autres moyens frauduleux en vue d'obtenir le versement des prestations, vous vous exposez à être déchu de tout droit à indemnisation. **La preuve du caractère frauduleux incombe à l'assureur.** MAAF Santé est fondée à recouvrir les sommes indûment versées et à agir en justice pour obtenir réparation de son préjudice.

Dans le cas où le cumul des remboursements servis au titre du présent contrat et ceux versés par un autre organisme assureur donnerait lieu à un remboursement total supérieur au montant de l'ensemble des dépenses réellement exposées, les remboursements ou indemnisations servis au titre du contrat seraient réduits à due concurrence.

Si le remboursement de MAAF Santé conduit à un dépassement du montant réel des dépenses, vous êtes dans l'obligation de rembourser à MAAF Santé le trop-perçu.

Prestations non prises en charge par la Sécurité sociale	
Nature de la prestation	**Justificatifs**
■ ostéodensitométrie ■ ostéopathie ■ chiropractie ■ pédicurie (à partir de 55 ans) ■ consultations diététiques	facture du praticien
Pharmacie : ■ pilule contraceptive ■ médicaments achetés en pharmacie sans ordonnance ■ vaccins ■ tests et auto-tests de dépistage	facture du pharmacien
■ sevrage tabagique non prescrit ■ crèmes solaires prescrites	ordonnance + facture du pharmacien
■ préservatifs	facture d'achat

APPAREILLAGES ET PROTHÈSES : LES GARANTIES

Les prestations sont exprimées en pourcentage de la base de remboursement (BR) de la Sécurité sociale ou en euros. **Les garanties exprimées en % BR nécessitent et incluent la participation du régime obligatoire (RO) ou du régime local Alsace Moselle (AM).** Celles exprimées en euros correspondent au remboursement complémentaire de MAAF Santé (s'il y a prise en charge du Régime obligatoire, son remboursement intervient en supplément), à l'exception des lunettes, pour lesquels les remboursements effectués par le régime obligatoire sont inclus dans les forfaits exprimés en euros. MAAF Santé intervient dans la limite des frais engagés.

APPAREILLAGES ET PROTHÈSES	Niveau 1	Niveau 2	Niveau 3	Niveau 4
Dentaire (1)				
Soins dentaires	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Prothèses à prise en charge libre				
- Couronnes définitives prises en charge par la Sécurité sociale	100 % BR	100 % BR + 81 €	100 % BR + 168 €	100 % BR + 275 €
- Autres prothèses prises en charge par la Sécurité sociale	100 % BR	175 % BR	250 % BR	350 % BR
- Prothèses non prises en charge par la Sécurité sociale	-	-	153 €	250 €
- Implantologie (implant, pilier, faux moignon) (2)	-	-	520 €	800 €
Soins et prothèses 100% santé (5) (selon le type de prothèse, la localisation de la dent et le matériau utilisé)	Frais réels (4)			
Orthodontie				
- Orthodontie prise en charge par la Sécurité sociale (3)	100 % BR	150 % BR	200 % BR	300 % BR
- Orthodontie non prise en charge par la Sécurité sociale	-	-	-	370 €
Optique (6)				
Equipements à prise en charge libre chez un opticien Partenaire Santéclair				
- **Forfait lunettes** (2 verres + 1 monture)	Renouvellement tous les 2 ans sauf pour les enfants de moins de 16 ans (1 an) et les cas de renouvellements anticipés prévus par la réglementation.			
• Forfait maximum pour la monture	100 % BR	100 €	100 €	100 €
• Lunettes avec verres simples } y compris monture		150 €	250 €	400 €
• Lunettes avec verres complexes } y compris monture		300 €	400 €	550 €
Equipements à prise en charge libre chez un autre opticien ou sur internet				
- **Forfait lunettes** (2 verres + 1 monture)	Renouvellement tous les 2 ans sauf pour les enfants de moins de 16 ans (1 an) et les cas de renouvellements anticipés prévus par la réglementation.			
• Forfait maximum pour la monture	100 % BR	100 €	100 €	100 €
• Lunettes avec verres simples } y compris monture		100 €	150 €	200 €
• Lunettes avec verres complexes } y compris monture		200 €	250 €	300 €
Equipements 100% santé(5) y compris Offreclair	Frais réels (4) Renouvellement tous les 2 ans sauf pour les enfants de moins de 16 ans (1 an) et les cas de renouvellements anticipés prévus par la réglementation.			
Autres garanties optiques	Forfaits annuels			
- Lentilles prises en charge ou non par la Sécurité sociale	100 % BR	100 €/an	120 €/an	153 €/an
- Chirurgie réfractive et implant oculaire non pris en charge par la Sécurité sociale	-	-	150 €/œil	250 €/œil
Aides auditives				
Equipements à prise en charge libre (dans les conditions suivantes : tous les 4 ans dans la limite de 1700 E par oreille)	100 % BR	250 % BR	300 % BR	350 % BR
Equipements 100% santé (5), renouvellement tous les 4 ans	Frais réel (4)			

Pour bien comprendre :

BR : (base de remboursement) : tarif servant de référence à la Sécurité sociale pour déterminer le montant de son remboursement.

APPAREILLAGES ET PROTHÈSES : LES GARANTIES

Précisions importantes sur les garanties MAAF Santé :

En dentaire

Les forfaits, qui sont des forfaits par assuré, sont **des forfaits annuels par année mobile**, c'est-à-dire valables sur une période de 12 mois consécutifs à compter de la date d'effet du contrat.
Seuls les forfaits liés aux couronnes sont versés lors de chaque pose dans une limite annuelle (voir tableau ci-dessous).

(1) L'ensemble des suppléments MAAF Santé (c'est-à-dire les remboursements au-delà du 100 % BR) sur les couronnes, les prothèses, l'implantologie, les soins et prothèses 100 % santé est versé dans une limite annuelle qui varie selon le niveau souscrit :

Limite par an :	Niveau 2	Niveau 3	Niveau 4
1ère année et 2ème année jusqu'à	500 €	700 €	1 000 €
3ème année jusqu'à	650 €	850 €	1 150 €
4ème année jusqu'à	800 €	1 000 €	1 300 €
5ème année et les suivantes jusqu'à	950 €	1 150 €	1 450 €

Lorsque le plafond est atteint, seuls les tickets modérateurs continuent d'être pris en charge, et les soins et prothèses 100% santé restent remboursés aux frais réels dans le respect des honoraires limites de facturation.

(2) Un seul remboursement forfaitaire est versé, même si les frais liés à un même implant sont réalisés sur 2 années mobiles.
(3) La Sécurité sociale rembourse 100 % de la base de remboursement. MAAF Santé verse un supplément selon le niveau souscrit.
(4) Prise en charge intégrale plafonnée aux prix limites de vente ou honoraires limites de facturation.
(5) Tels que définis réglementairement.

Les soins et prothèses 100 % santé : prise en charge intégrale plafonnée aux honoraires limites de facturation des soins et prothèses définis réglementairement selon le type de prothèse, la localisation de la dent et le matériau utilisé.

En optique

Pour les équipements à prise en charge libre des niveaux 2, 3 et 4, et pour les équipements 100 % santé, les garanties "forfaits lunettes" sont limitées à un équipement (2 verres correcteurs et 1 monture) par période de 2 ans à compter de la date d'acquisition du dernier équipement pour les adultes et les enfants de plus de 16 ans.

Pour les enfants âgés de moins de 16 ans, l'équipement peut être renouvelé par période d'un an à compter de la date d'acquisition du dernier équipement. Des cas de renouvellement anticipé sont prévus à l'article L.165-1 du Code de la Sécurité sociale.

Une prestation d'adaptation visuelle associée à un équipement à prise en charge libre est remboursée à hauteur du ticket modérateur.

Équipement à prise en charge libre

Les garanties prennent en charge, selon la formule choisie :

- en niveau 1 : uniquement le ticket modérateur, ce qui se traduit par un remboursement minime du régime obligatoire et par conséquent de MAAF Santé.
- en niveau 2, 3 et 4 : un forfait lunettes (monture + verres simples ou complexes + traitements).

Les verres simples sont réglementairement définis de la façon suivante :

- verres unifocaux dont la sphère est comprise entre -6,00 et + 6,00 dioptries,
- verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -6,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4 dioptries,
- verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme sphère+cylindre est inférieure ou égale à 6,00 dioptries.

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

En cas d'équipement comportant un verre simple et un verre complexe, le remboursement s'effectue sur la base de la garantie « lunettes avec verres complexes ».

Lorsque l'achat a lieu chez un opticien Partenaire Santéclair, vous pouvez bénéficier de forfaits majorés (niveaux 2, 3, 4).

Équipements 100 % santé

Pour tous les niveaux, prise en charge intégrale plafonnée aux prix limites de vente :

- les lunettes (2 verres + 1 monture) définies réglementairement, dont les lunettes Offreclair proposées chez un opticien Partenaire Santéclair,
- la prestation d'appairage et le supplément pour le verre à filtre.

Il est impossible de cumuler le forfait d'un équipement à prise en charge libre et le remboursement d'un équipement 100% santé.

(4) Prise en charge intégrale plafonnée aux prix limites de vente ou honoraires limites de facturation.
(5) Tels que définis réglementairement.
(6) **Les prestations de MAAF Santé versées lors d'un achat optique chez un opticien Partenaire Santéclair ne sont pas cumulables avec les prestations de MAAF Santé versées lors d'un achat optique auprès d'un autre opticien (en magasin ou sur internet).**

Les autres forfaits, qui sont des forfaits par assuré, sont **des forfaits par année civile** valables du 1er janvier au 31 décembre.

**Professionnels du réseau de Santéclair (RCS Nantes n° 428 704 977) partenaire de MAAF.

APPAREILLAGES ET PROTHÈSES : LES GARANTIES

Aides auditives

Les garanties s'appliquent, par oreille, aux frais d'aides auditives prises en charge par le régime obligatoire selon les garanties choisies dans la limite du plafond du contrat responsable. Le renouvellement est possible par période de quatre ans à compter de la date d'acquisition du dernier équipement.

Elles prennent en charge :

- **les équipements à prise en charge libre :**
  - La prise en charge par le régime obligatoire et MAAF Santé ne pourra pas dépasser 1 700 € par oreille.
  - Les piles et accessoires sont pris en charge au titre de la garantie équipements à prise en charge libre selon le niveau souscrit.
- **les équipements 100 % santé :** prise en charge intégrale plafonnée aux prix limites de vente des équipements définis réglementairement.

(4) Prise en charge intégrale plafonnée aux prix limites de vente ou honoraires limites de facturation.
(5) Tels que définis réglementairement.

Les services associés

Tiers payant possible auprès des professionnels de la santé qui l'acceptent et avec lesquels MAAF Santé a des accords afin de vous éviter de faire l'avance de certains frais.

Si vous n'avez pas bénéficié du tiers payant sur la part complémentaire et que des prestations restent à votre charge, selon la garantie souscrite, vous devez fournir les documents suivants à MAAF Santé pour obtenir le remboursement :

Prestations prises en charge par la Sécurité sociale	
Nature de la prestation	**Justificatifs**
Dentaire : - couronnes définitives	décompte de la Sécurité sociale + facture du dentiste précisant les montants et les matériaux (niveaux 3 et 4)
- soins dentaires - prothèses - orthodontie	- décompte de la Sécurité sociale - en cas de tiers payant sur la part de la Sécurité sociale uniquement, décompte de la Sécurité sociale + facture détaillée et acquittée
Optique : - lunettes	- décompte de la Sécurité sociale + justificatif d'évolution de la vue (ancienne et nouvelle ordonnance) en cas de renouvellement de l'équipement dans une période inférieure à 2 ans pour un adulte (16 ans et plus) - en cas de tiers payant sur la part de la Sécurité sociale uniquement, idem ci-dessus + facture détaillée et acquittée
- lentilles	- décompte de la Sécurité sociale - en cas de tiers payant sur la part de la Sécurité sociale uniquement, décompte de la Sécurité sociale + facture détaillée et acquittée
Aides auditives : - appareils auditifs	décompte de la Sécurité sociale et facture des frais réglés - décompte de la Sécurité sociale - en cas de tiers payant sur la part de la Sécurité sociale uniquement, décompte de la Sécurité sociale + facture détaillée et acquittée

Le décompte de la Sécurité sociale n'est pas nécessaire si vous bénéficiez de la télétransmission. La Sécurité sociale précise sur votre décompte si ce dernier nous a été transmis.

MAAF Santé se réserve la possibilité de demander toute pièce complémentaire nécessaire à la gestion du dossier.

Sinon, vous devez nous l'adresser. Le règlement des prestations intervient, lorsque le dossier est complet, au plus tard sous 10 jours à réception des justificatifs.

Si vous fournissez ou utilisez sciemment des renseignements ou des documents inexacts, fabriqués ou falsifiés comme justificatifs ou usez d'autres moyens frauduleux en vue d'obtenir le versement des prestations, vous vous exposez à être déchu de tout droit à indemnisation. **La preuve du caractère frauduleux incombe à l'assureur.** MAAF Santé est fondée à recouvrir les sommes indûment versées et à agir en justice pour obtenir réparation de son préjudice.

Dans le cas où le cumul des remboursements servis au titre du présent contrat et ceux versés par un autre organisme assureur donnerait lieu à un remboursement total supérieur au montant de l'ensemble des dépenses réellement exposées, les remboursements ou indemnisations servis au titre du contrat seraient réduits à due concurrence.

Si le remboursement de MAAF Santé conduit à un dépassement du montant réel des dépenses, vous êtes dans l'obligation de rembourser à MAAF Santé le trop-perçu.

Prestations non prises en charge par la Sécurité sociale	
Nature de la prestation	**Justificatifs**
Dentaire : - prothèses - implantologie - orthodontie	facture du praticien
Optique : - lentilles	facture de l'opticien
- chirurgie réfractive	facture de la clinique

ASSISTANCE SANTÉ À DOMICILE

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

Vous avez choisi MAAF Santé comme Mutuelle complémentaire : ces garanties s'adressent à vous-même, à votre conjoint (de droit ou de fait), à vos enfants à charge ainsi qu'à vos parents s'ils habitent sous votre toit.

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

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

Le Samu : 15 **Les pompiers : 18**

Appels d'urgence : 112 (valable dans l'ensemble de l'Union Européenne)
114 si vous êtes sourd ou malentendant (métropole seulement)

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 :

0 800 16 17 18 Service & appel gratuits

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.

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 autres enfants vivant au domicile	Relais maternité	Allo Info Bébé	Conseils santé	Aide à domicile	Aide à domicile élargie	Location de téléviseur	Prise en charge des animaux de compagnie	Venue d'un proche	Recherche d'un médecin, d'une infirmière ou d'intervenants médicaux	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	Ergothérapeute	Aide à l'organisation des obsèques	Avance des frais d'obsèques
Hospitalisation soudaine et imprévue dès le 1er jour	●	●					● (1)			●■	●		●■	●■	●■		●■						
Hospitalisation* d'une nuit au moins, consécutive à une maladie* ou à un accident corporel *								●															
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	●	●						●			●	●■	●■	●■	●■		●■						
Chute d'un adulte de 55 ans et plus							●																
Accident corporel ou maladie avec un arrêt de l'activité supérieur à 15 jours du TNS ou du conjoint collaborateur															●								
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 1er jour				■																			
Traumatisme psychologique lié à la maternité																				●			
Maladies graves*									●						●■		●■	●■	●■				
Traitements médicaux lourds**	● (2)	● (2)							●	● (2)					●■		●■	●■	●■				
Événements traumatisants															●■				●■				
Accidents corporels et maladies graves donnant lieu à l'achat d'un fauteuil roulant															●■				●■		●		
Décès	●	●						●			●				●■				●■			●	●

Définition :
- bénéficiaire : Le sociétaire et son conjoint assurés ou non ainsi que leurs ascendants et leurs enfants assurés ou non, vivant sous leur toit.
- Immobilisation : fait suite à une maladie subite ou à un accident corporel, 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) La prestation « Conseils santé » est également mise en œuvre en cas de maladie ou accident corporel précédant une hospitalisation ou lors d'une hospitalisation.

(2) 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

DÉFINITIONS

POUR BIEN COMPRENDRE LA GARANTIE ASSISTANCE

Accident corporel

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

Hospitalisation

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

Hospitalisation imprévue

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

Maladie

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

Maladie chronique

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

ASSISTANCE SANTÉ À DOMICILE

LA MISE EN JEU DE LA GARANTIE ASSISTANCE

- L'événement déclencheur doit concerner l'un des assurés du contrat. La prestation pourra, quant à elle, être délivrée au bénéfice de personnes non dénommées au contrat et appelées « bénéficiaires ».
- Tous les déplacements s'entendent en France métropolitaine. Pour les trajets dont la durée en train est inférieure à 5 heures, il sera remis un billet de train 1ère classe. Dans le cas contraire, il sera remis un billet d'avion classe économique.
- **Les dépenses engagées sans l'accord préalable de MAAF Assistance resteront à la charge de l'assuré.**
- Lors de la mise en jeu des prestations, MAAF Assistance peut éventuellement être amenée à demander certains justificatifs.
- L'événement déclenchant la garantie étant amené à évoluer, soit en amélioration, soit en dégradation, MAAF Assistance pourra réévaluer les garanties accordées dans les limites autorisées.
- En cas de déclaration mensongère du bénéficiaire ou de non remboursement d'une avance de frais, MAAF Assistance réclamera s'il y a lieu au bénéficiaire le remboursement de tout ou partie des frais qui pourraient être considérés comme la conséquence directe du comportement.
- **MAAF Assistance ne sera pas tenu responsable des manquements ou contretemps à l'exécution de ses obligations qui résulteraient de cas de force majeure ou d'événements tels que guerre civile ou étrangère, révolution, mouvement populaire, émeute, grève, saisie ou contrainte par la force publique, interdiction officielle, piraterie, explosion d'engins, effets nucléaires ou radioactifs, empêchements climatiques.**

DÉTAILS DES PRESTATIONS

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 DROM. Pour les trajets dont la durée en train est inférieure à 5 heures il sera remis un billet de train 1ère 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 DROM. Pour les trajets dont la durée en train est inférieure à 5 heures il sera remis un billet de train 1ère 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 le sociétaire ou son conjoint pour les garder à domicile (France métropolitaine ou même département pour les DROM. Pour les trajets dont la durée en train est inférieure à 5 heures il sera remis un billet de train 1ère 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 DROM. Pour les trajets dont la durée en train est inférieure à 5 heures il sera remis un billet de train 1ère 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 conventionnés,

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.

ASSISTANCE SANTÉ À DOMICILE

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 le sociétaire ou son conjoint pour garder les enfants malades ou accidentés à domicile (France métropolitaine ou même département pour les DROM. Pour les trajets dont la durée en train est inférieure à 5 heures il sera remis un billet de train 1ère 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 corporel et que son état de santé nécessite la présence d'une personne à son chevet et si ni le sociétaire, 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 le sociétaire ou son conjoint pour les garder à domicile (France métropolitaine ou même département pour les DROM. Pour les trajets dont la durée en train est inférieure à 5 heures il sera remis un billet de train 1ère 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 DROM. Pour les trajets dont la durée en train est inférieure à 5 heures il sera remis un billet de train 1ère 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.

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 :

La grossesse :

- les consultations obligatoires et examens à réaliser,
- les échographies de suivi de la grossesse,
- les différents tests préconisés ou obligatoires,
- les risques liés au tabac et à l'alcool,
- les précautions nutritionnelles, les activités physiques,
- les maladies pendant la grossesse et les médicaments contre-indiqués.

L'accouchement :

- le déroulement et la surveillance du travail,
- la péridurale, la césarienne.

Après l'accouchement :

- la rééducation,
- les activités physiques à pratiquer,
- le baby blues.

L'arrivée de bébé :

- les soins à apporter au bébé,
- les vaccinations et les maladies infantiles,
- l'allaitement, l'alimentation et le sommeil,
- l'évolution et le développement de bébé.

Modes de garde :

- information sur l'inscription en crèche, les 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.

ASSISTANCE SANTÉ À DOMICILE

Recherche d'un médecin, d'une infirmière ou d'intervenants médicaux

- 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.
- Événements déclencheurs :
  - une hospitalisation soudaine et imprévue **dès le 1er jour,**
  - une hospitalisation soudaine et imprévue **d'au moins 3 jours,**
  - séjour en maternité **d'au moins 6 jours,**
  - une immobilisation soudaine et imprévue au domicile **d'au moins 6 jours,**
  - une immobilisation soudaine et imprévue au domicile **d'au moins 3 jours** des enfants de **moins de 16 ans.**

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

En fonction de la situation du bénéficiaire, MAAF Assistance met à disposition une aide ménagère :

- **Jusqu'à 30 heures réparties sur 1 mois** à raison de **2 heures minimum par intervention,** dès le 1er 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 :

- **Jusqu'à 100 heures réparties sur 12 mois,** à raison de **2 heures minimum par intervention** dès le 1er 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 DROM. Pour les trajets dont la durée en train est inférieure à 5 heures il sera remis un billet de train 1ère 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).

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 sociétaire (Travailleurs Non Salarié) ou de son conjoint collaborateur**

En cas d'accident corporel ou de maladie du sociétaire (TNS) ou du conjoint collaborateur **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 16ème 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 ou DROM (même département), pour venir en aide à l'assuré.

- **Communication vers les clients et/ou les fournisseurs**

En cas d'accident corporel ou de maladie du sociétaire (TNS) ou du conjoint collaborateur **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 1 000 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.**

ASSISTANCE SANTÉ À DOMICILE

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 corporel 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 des psychologues cliniciens agréés par MAAF Assistance, proche du domicile de l'assuré (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 de son choix, MAAF Assistance rembourse l'assuré sur justificatifs, **3 consultations maximum dans la limite de 52 € par consultation.**

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

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

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

La garantie n'intervient pas :

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

Assistance psychologique maternité

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

Accueil et consultation psychologique

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

Suivi psychologique

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

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

MAAF Assistance prend en charge le coût des consultations.

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

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

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

ASSISTANCE SANTÉ À DOMICILE

■ **Pour chacune de ces prestations, la garantie n'intervient pas :**
- pour un suivi psychologique alors que l'assuré est déjà en traitement auprès d'un psychiatre ou d'un psychologue,
- dans le cas d'une décompensation psychique grave nécessitant une hospitalisation en milieu spécialisé.

Organisation et mise à disposition d'un ergothérapeute

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

Aide à l'organisation des obsèques

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

Avance des frais d'obsèques

■ **Remboursables dans un délai de 1 mois.**

Conseils Santé

Hormis les cas d'urgences médicales pour lesquelles seuls les services d'urgence officiels (SAMU, pompiers etc.) sont compétents, l'équipe de Médecins de MAAF Assistance communique à l'assuré, sur simple appel téléphonique (du lundi au vendredi, de 9h00 à 19h00 et hors jours fériés), des renseignements relatifs à la santé.
Les **conseils médicaux** donnés ne peuvent en aucun cas être considérés comme des consultations médicales ou un encouragement à l'automédication et ils **ne se substituent pas à une consultation effectuée par le médecin traitant.** Ils sont donnés exclusivement sur la base des informations communiquées par téléphone par l'assuré. De ce fait, **aucune étude sur pièce (dossier médical ou autre) ne peut être réalisée.**

Selon les cas, MAAF Assistance peut avoir à se documenter ou effectuer des recherches, et rappeler l'assuré afin de lui communiquer les renseignements nécessaires.

Les **renseignements fournis le sont uniquement à titre informatif** et la responsabilité de MAAF Assistance ne peut en aucun cas être engagée dans le cas d'une mauvaise utilisation ou d'une interprétation inexacte par l'assuré des informations transmises.

Aucune ordonnance ne sera délivrée par MAAF Assistance, les informations communiquées ne peuvent en aucun cas faire l'objet d'une confirmation écrite.

MAAF Assistance s'engage à respecter et à faire respecter aux salariés et professionnels qu'elle fait intervenir une stricte confidentialité des propos, quelle que soit la nature de l'acte. Celle-ci est la condition essentielle du contrat : elle garantit aux assurés une parfaite liberté d'expression et la sécurité indispensable à une prise en charge efficace.

Nature de la garantie
MAAF Assistance communique à l'assuré des renseignements relatifs à la santé sur les domaines suivants :

■ **Accompagnement pré-hospitalisation**
En cas de maladie découverte récemment, d'aggravation d'une maladie préexistante ou d'accident corporel, MAAF Assistance renseigne l'assuré sur la pathologie et ses éventuelles complications. Elle communique également des informations sur les orientations thérapeutiques préconisées habituellement par le corps médical et peut renseigner l'assuré sur les établissements hospitaliers les plus proches comprenant les services spécialisés adaptés à la pathologie concernée.

■ **Accompagnement post-hospitalisation**
Après une opération chirurgicale, MAAF Assistance peut informer l'assuré sur les suites opératoires possibles, les préconisations recommandées et les complications éventuelles.
Après une hospitalisation pour raison médicale, MAAF Assistance peut :
- informer l'assuré sur l'évolution éventuelle de la maladie, ses principales complications possibles et les principaux effets secondaires des traitements,
- renseigner sur les facteurs de risques cardiovasculaires et autres,
- donner des conseils en matière de nutrition, de sevrage tabagique,
- renseigner sur la maladie dans sa globalité, donner des conseils pour l'observance du traitement, aider à la compréhension des différentes thérapeutiques.

■ **Conseils après une chute pour un adulte assuré de 55 ans et plus**

L'équipe de Médecins de MAAF Assistance :
- informe sur les suites postopératoires après une intervention chirurgicale suite à une fracture ou une autre lésion traumatique,
- informe sur la prévention afin d'éviter de nouvelles chutes :
  - conseils pour se chausser, adaptation du domicile, éclairage, ...
  - indications sur les bilans ophtalmologique, ORL et neurologique,
- rassure en cas de stress post-traumatique et aide à la reprise d'une vie normale,
- donne des conseils en matière de nutrition pour aider au renforcement musculaire et à une meilleure constitution osseuse,
- informe sur les activités physiques adaptées à l'état de santé et à l'âge,
- informe sur les besoins en kinésithérapie.

■ IMPORTANT

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

GARANTIES D'ASSISTANCE « AIDE AUX AIDANTS »

Notice d'information du contrat collectif souscrit par MAAF Santé auprès de MAAF Assurances SA pour les garanties d'assistance « Aide aux aidants ».

CHAPITRE I – DISPOSITIONS GÉNÉRALES

I. CADRE JURIDIQUE

La présente notice d'information est un résumé des dispositions prévues par le contrat collectif souscrit par MAAF Santé auprès de MAAF Assurances SA, dans le respect des dispositions prévues par l'article L221.3 du Code de la mutualité, au profit des personnes assurées dans le cadre des garanties Frais de santé Biorythm assurées par MAAF Santé, à jour de leurs cotisations.

Les garanties d'assistance « Aide aux aidants » sont assurées par MAAF Assurances SA, Société anonyme au capital social de 160 000 000 euros entièrement versé, entreprise régie par le Code des assurances inscrite au RCS de NIORT sous le N°542 073 580 ayant son siège social situé à Chaban 79180 CHAURAY .

Les garanties d'assistance « Aide aux aidants » sont des garanties d'assurance relevant de la branche 18 (Assistance) de l'article R321-1 du Code des assurances.

MAAF Assurances SA a confié la gestion des garanties d'assistance « Aide aux aidants » à FIDELIA ASSISTANCE, Société anonyme au capital social de 21 593 600 euros entièrement libéré, dont le siège social est situé au 27 Quai Carnot 92210 SAINT-CLOUD, immatriculée au RCS de Nanterre 377 768 601.

Les membres participants (et leurs ayants droit) bénéficiant des garanties Frais de santé Biorythm sont affiliés obligatoirement audit contrat collectif souscrit par MAAF Santé auprès de MAAF Assurances SA.

Le montant de la cotisation afférente aux garanties d'assistance « Aide aux aidants » est inclus dans le montant de la cotisation des garanties Frais de santé Biorythm.

II. PRISE D'EFFET, DURÉE, MODIFICATION DES GARANTIES D'ASSISTANCE « AIDE AUX AIDANTS »

Le contrat collectif conclu entre MAAF Santé et MAAF Assurances SA a pris effet le 22 Juin 2015 pour une durée déterminée allant jusqu'au 31 décembre 2015. Ce contrat collectif se renouvelle annuellement par tacite reconduction, sauf dénonciation du contrat collectif par MAAF Santé ou par MAAF Assurances SA.

Les garanties d'assistance « Aide aux aidants » constituent un accessoire par rapport aux garanties Frais de Santé Biorythm. De ce fait, elles **ne peuvent être souscrites et perdurer que pour autant que les garanties Frais de santé Biorythm soient effectivement souscrites par le membre participant et restent en vigueur.**

Les garanties d'assistance suivent le sort d'une part, des garanties Biorythm auxquelles elles sont annexées et dont elles font partie intégrante (date d'effet, durée, renouvellement, résiliation) et d'autre part, du contrat collectif souscrit par MAAF Santé auprès de MAAF Assurances SA.

Les garanties d'assistance « Aide aux aidants » prennent donc fin :

- en cas de résiliation des garanties Frais de santé Biorythm
- en cas de résiliation du contrat collectif souscrit par MAAF Santé auprès de MAAF Assurances SA. MAAF Santé informera les membres participants bénéficiant des garanties d'assistance « Aide aux aidants » de la résiliation du contrat collectif conclu avec MAAF Assurances SA.

III. PROTECTION DES DONNÉES PERSONNELLES

Détail des modalités dans Les dispositions générales sur vos droits - La protection des données personnelles.

CHAPITRE II - GARANTIES D'ASSISTANCE « AIDE AUX AIDANTS »

I. DÉFINITIONS

L'Aidant
Personne physique ayant la qualité d'assuré, qui assiste l'Aidé (un proche dépendant) dans la prise en charge de son état de dépendance, vivant ou non sous le même toit.

L'Aidé
Etat d'une personne qui, par suite d'un accident corporel, d'une maladie physique, mentale ou psychique ou d'une déficience de même nature, a un besoin important, quotidien et régulier d'assistance d'une tierce personne pour réaliser **3 actes essentiels de la vie quotidienne** (toilette, habillage, alimentation, transferts, déplacements à l'intérieur ou à l'extérieur du domicile) et **médicalement dans l'impossibilité absolue et définitive** de se livrer à une occupation ou à un travail quelconque procurant gain et profit.

Proches
Les ascendants et descendants, le conjoint, le frère, la sœur, le beau-père, la belle-mère, le gendre, la belle-fille, le beau-frère et la belle-sœur de l'assuré.

Hospitalisation d'urgence
Hospitalisation dont la décision est prise dans les 48 heures suivant l'événement.

II. GARANTIES

1. INFORMATION ET PRÉVENTION : CONSEIL SOCIAL

Au moment où l'assuré du contrat devient Aidant et pour l'accompagner dans son parcours, MAAF Assistance propose, à sa demande, une évaluation par téléphone de sa situation, destinée principalement à le soutenir, dans la durée, de **façon personnalisée** dans ses démarches administratives et wdans sa vie quotidienne.

Selon les besoins qui auront été identifiés à l'issue de cet échange téléphonique, MAAF Assistance enverra à l'Aidant **un livret personnalisé,** par courrier ou par mail, qui comprend les informations, conseils et adresses utiles pour l'accompagner au quotidien.

GARANTIES D'ASSISTANCE « AIDE AUX AIDANTS »

2. EN CAS D'URGENCE SUITE À L'HOSPITALISATION OU DÉCÈS DE L'AIDÉ

2.1 Présence de l'Aidant au chevet de l'Aidé

Si l'Aidé est hospitalisé d'urgence **pour une durée supérieure à 6 jours** en milieu hospitalier par suite de maladie ou d'accident corporel, MAAF Assistance rembourse à l'Aidant ses frais d'hôtel sur place **jusqu'à 65 € par nuit,** avec **un maximum de 3 nuits** pour la durée du séjour.

La garantie s'applique suite à une hospitalisation de l'Aidé à plus de 50 km du domicile de l'Aidant et dans la limite de 3 interventions par an.

Les frais de restauration et annexes ne sont pas pris en charge.

2.2 Garde des enfants ou petits-enfants de l'Aidant

Au moment où l'Aidant est au chevet de l'Aidé, si aucun proche ne peut s'occuper de ses enfants ou petits-enfants **de moins de 16 ans** restés au domicile, MAAF Assistance organise et prend en charge leur garde à concurrence de **20 heures réparties sur 3 jours.** Cette aide maternelle pourra assurer la garde à son domicile.

Cette garantie s'applique dans la limite de 3 interventions par an.

2.3 Transfert du corps de l'Aidé et avance de fonds

Transfert du corps

Si, suite au décès de l'Aidé en dehors de son domicile, un transfert s'avère nécessaire vers une chambre funéraire, MAAF Assistance organise et prend en charge les frais de transport à hauteur de **500 € T.T.C.**

Cette garantie s'applique si le décès a lieu au-delà d'une **franchise de 50 km** du domicile de l'Aidé.

Avance de fonds

Suite au décès de l'Aidé, MAAF Assistance peut faire une avance de fonds à l'Aidant, contre reconnaissance de dette, à concurrence d'un montant maximum de **500 €**, pour les premiers frais de nécessité.

Les frais avancés devront être remboursés dans un délai de 3 mois à compter du jour de l'avance.

2.4 Services de renseignements et d'informations en cas de décès

MAAF Assistance met à la disposition de l'Aidant un service « conseils et aides administratives » afin de l'accompagner dans ses démarches administratives (aides sociales, pensions de réversion...) et le renseigner dans les domaines sociaux et juridiques, dans les 6 mois qui suivent le décès de l'Aidé.

2.5 L'aide à la reconversion professionnelle de l'Aidant

Lorsque l'assuré a interrompu son activité professionnelle pour devenir Aidant et qu'il souhaite en reprendre une, MAAF Assistance l'aide dans les démarches administratives liées à son reclassement professionnel auprès d'organismes spécialisés ou d'associations de services à la personne.

Des renseignements lui seront également communiqués sur la VAE (Validation des Acquis de l'Expérience) et sur les autres professions liées aux métiers des Services à la Personne.

2.6 Services d'aide

Suite au décès de l'Aidé, MAAF Assistance communique à l'Aidant les renseignements dont il a besoin pour l'aider à déménager (sociétés de déménagement ou de location de véhicules utilitaires) ou vendre le domicile de l'Aidé.

3. EN CAS D'URGENCE SUITE À L'INDISPONIBILITÉ DE L'AIDANT

En cas d'hospitalisation ou de décès de l'aidant et si aucune autre personne ne peut s'occuper de l'aidé, nous organisons et prenons en charge :

- soit la garde de l'aidé pendant 48 heures,
- soit la venue d'un proche résidant lui aussi en France métropolitaine ou dans le même département pour les DROM que l'aidant jusqu'au domicile de ce dernier pour garder l'aidé,
- soit le transfert de l'aidé chez un autre proche résidant lui aussi en France métropolitaine ou dans le même département pour les DROM que l'aidant. Pour le trajet, il sera remis un titre de transport (aller et retour). Les frais de restauration et frais annexes ne sont cependant pas pris en charge.

4. SOLUTIONS EN CAS DE BESOIN DE RÉPIT DE L'AIDANT

Si l'Aidant ressent une grande fatigue et n'est plus en mesure d'assumer son rôle d'aidant, MAAF Assistance lui propose les services suivants :

4.1 Si l'Aidé peut être maintenu au domicile

Recherche et mise en relation avec des prestataires agréés « Services à la personne »

MAAF Assistance met à disposition un service de renseignements destiné à rechercher et mettre en relation l'Aidant avec des prestataires agréés concernant les activités de « services à la personne » à son domicile (entretien de la maison et travaux ménagers, téléassistance, livraison des repas...).

Un conseiller répond aux questions de l'Aidant puis analyse ses besoins afin de lui proposer un choix de prestataires. Le conseiller lui précise le coût moyen de chaque prestation.

S'il est intéressé par une commande de prestation, il est mis en relation avec le prestataire retenu (ou en cas d'indisponibilité, il est contacté dans la demi-journée par ce prestataire).

Le coût de la prestation commandée est à la charge de l'Aidant.

MAAF Assistance ne peut pas être tenue pour responsable de la qualité des travaux effectués par le prestataire contacté par l'Aidant.

Informations sur les CESU

MAAF Assistance met à la disposition de l'Aidant, un service de renseignements sur l'utilisation des CESU (Chèques Emploi Service Universels).

Aide à la recherche d'établissements de jour

MAAF Assistance recherche et communique les coordonnées des centres d'accueils de jour ou hôpitaux de jour qui peuvent être susceptibles d'accueillir temporairement l'Aidé, sans toutefois pouvoir garantir que le centre ou l'établissement indiqué l'accueillera.

4.2 Si l'Aidé doit être placé en institution : recherche d'établissements d'hébergements temporaires

MAAF Assistance évalue la situation de l'Aidé et indique à l'Aidant les coordonnées d'établissements spécialisés qui peuvent être susceptibles de l'accueillir à titre permanent ou temporaire, en fonction de son état de dépendance ou handicap.

La recherche tient compte des critères suivants : localisation et caractéristiques des établissements (EHPAD, résidences services, maisons de retraite...) correspondant au budget souhaité et besoins médicaux de l'aidé ainsi que les démarches à effectuer en cas d'admission.

MAAF Assistance ne s'engage aucunement sur l'aboutissement des demandes auprès des organismes conseillés.

5. INFORMATIONS ET CONSEILS MÉDICAUX ET VIE PRATIQUE. ACCOMPAGNEMENT DU PARCOURS DE L'AIDANT

Au moment où l'assuré du contrat devient Aidant et pour lui apprendre à mieux gérer la situation au quotidien et se préparer au rôle d'aidant, MAAF Assistance propose les services suivants à sa demande :

Prévention/ Sensibilisation
L'équipe médicale dédiée de MAAF Assistance communique à l'Aidant, par téléphone, des **informations d'ordre général** sur la pathologie de l'Aidé, ses conséquences et les traitements habituels.

Informations d'ordre général sur la santé
L'équipe médicale dédiée de MAAF Assistance communique à l'Aidant, par téléphone, les bonnes pratiques et les règles hygiéno-diététiques notamment pour mieux prévenir les risques de dénutrition de l'Aidé, en fonction de son état de dépendance.

Orientation vers des associations spécialisées et groupes de parole
MAAF Assistance, oriente et met en relation l'Aidant, avec des associations spécialisées et des groupes de parole pour éviter son isolement.

Accompagnement social
MAAF Assistance apporte à l'Aidant des conseils pour comprendre les difficultés de l'Aidé, lui permettant de mieux accepter son rôle d'Aidant au quotidien.

Des informations lui seront également communiquées pour mieux connaître les divers congés permettant aux Aidants qui exercent une activité professionnelle, de se rendre disponible pour s'occuper de l'Aidé (congés de solidarité familiale, congés de soutien familial...).

Aménagement de l'habitat
Afin de favoriser le maintien à domicile de l'Aidé et préserver sa qualité de vie, MAAF Assistance peut mettre en relation l'Aidant avec un expert conseil qui sera à sa disposition dans les domaines suivants :

- conseils sur l'adaptation du logement
- gestes à pratiquer auprès de l'Aidé
- aide et conseil sur l'interprétation du devis des fournisseurs de matériels d'aide technique et des types de travaux proposés,
- renseignements sur les fournisseurs de matériel spécialisé, aménageurs de véhicules, associations, etc...

Les coûts engagés, hors recherche et organisation, ne sont pas pris en charge.

En aucun cas, MAAF Assistance ne peut agir comme maître d'oeuvre dans les travaux qui pourraient être effectués.

III. MISE EN JEU DES GARANTIES

Les prestations sont propres à la garantie « d'aide aux aidants » et n'impliquent pas la prise en charge du sinistre au titre des autres garanties du contrat.

Tous les déplacements s'entendent en France métropolitaine (ou dans le même département pour les DROM).

MAAF Assistance se réserve le droit de demander les justificatifs nécessaires permettant de justifier le droit à la prestation (bulletin de situation, certificats de décès, factures,...).

Pour contacter MAAF Assistance, munissez-vous de votre numéro de sociétaire et appelez le :

0 800 16 17 18 Service & appel gratuits

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

Les services sociaux et médicaux qui gèrent les prestations de conseil et d'information sont disponibles du lundi au vendredi de 9h à 19h, hors jours fériés.

CE QUE VOUS DEVEZ SAVOIR

LES GARANTIES

Les garanties sont solidaires et responsables conformément à la réglementation en vigueur. Elles ne prennent pas en charge les pénalités appliquées en cas de non respect du parcours de soins ainsi que la participation forfaitaire et la franchise annuelle, dites franchises médicales mentionnées à l'article L322-2 du Code de la Sécurité sociale.

L'OBJET DE LA GARANTIE

Votre mutuelle a pour objet :

- d'allouer aux assurés désignés au contrat des prestations en cas de maladie, chirurgie, maternité, accident corporel, ainsi que des indemnités journalières en cas d'hospitalisation, en fonction de plusieurs modules (Hospitalisation, Soins courants, Appareillages et Prothèses, Indemnité journalière hospitalisation) et plusieurs niveaux de remboursements (de 1 à 4),
- de rembourser les dépenses de maladie dans la limite des frais engagés par l'assuré,
- étendue territoriale :

MAAF Santé intervient pour des frais médicaux engagés en France métropolitaine et dans les départements et régions d'outre-mer (DROM). Les frais engagés hors de France sont pris en charge par le contrat sous réserve que l'assuré relève d'un régime obligatoire d'assurance maladie français et que ces soins aient été effectués avec la même qualité de soins qu'en France.
Le remboursement de MAAF Santé intervient alors dans la limite des garanties souscrites et dans les conditions suivantes :

Pour les frais médicaux comportant une participation du régime obligatoire et réalisés lors d'un séjour dans un pays de l'Espace Economique Européen (EEE) :

- Si l'assuré a utilisé la Carte Européenne d'Assurance Maladie (CEAM) et bénéficié de la dispense d'avance des frais sur la part du régime obligatoire, sur présentation de l'original de la facture détaillée, traduite en français le cas échéant.
- Sinon, sur présentation du décompte du régime obligatoire français ou étranger, ainsi que de l'original de la facture détaillée traduits en français le cas échéant.

Pour les frais médicaux comportant une participation du régime obligatoire et réalisés lors d'un séjour dans un pays en dehors de l'EEE :

- Sur présentation du décompte du régime obligatoire français ou étranger, ainsi que de l'original de la facture détaillée traduits en français le cas échéant. Pour être remboursés, ces soins doivent être en rapport avec un événement survenu de façon imprévue.

Pour les frais médicaux relatifs à des actes non remboursés par le régime obligatoire mais expressément garantis par le contrat et réalisés lors d'un séjour dans un pays de l'EEE ou en dehors de l'EEE : le remboursement se fait à partir de l'original de la facture détaillée traduite en français le cas échéant.
La facture détaillée doit mentionner les actes dispensés, le montant de la dépense engagée et la part de la dépense laissée à la charge de l'assuré.

PRÉCISIONS SUR CERTAINES GARANTIES

L'option Indemnité journalière hospitalisation

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

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

L'assuré choisit parmi 3 niveaux de garanties.

L'indemnité est versée :

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

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

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

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

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

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

La garantie « Dispense de paiement »

Modalités d'application

En cas de décès du souscripteur ou de son conjoint si ils sont assurés à MAAF Santé, tous les bénéficiaires présents au contrat à la date du décès sont dispensés du paiement de leur cotisation **pendant 12 mois,** cette période commençant au plus tôt le lendemain du jour du décès.

Cette dispense concerne également les enfants à naître et/ou le (la) conjoint(e) et les enfants assurés sur un autre contrat souscrit auprès de MAAF Santé.

L'ouverture des droits à garantie est effective :

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

CE QUE VOUS DEVEZ SAVOIR

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

Pour en bénéficier, il convient de fournir un certificat de décès et un justificatif de vie maritale ou de pacte civil de solidarité (si le conjoint est assuré à titre personnel à MAAF Santé).

Cas d'une modification pendant les 12 mois de la dispense de paiement
Pendant cette période, un assuré peut modifier ses garanties à la hausse mais, dans ce cas, la différence de cotisation reste à sa charge.
De même, en cas d'adjonction d'un nouvel assuré, sa cotisation doit être réglée (sauf pour un nouveau-né).

VOTRE CONTRAT

Votre 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.

VOTRE DÉCLARATION

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

À LA SOUSCRIPTION
Le contrat est établi sur la base de vos déclarations, de vos réponses aux questions qui vous ont été posées notamment dans le bulletin d'adhésion que vous devez signer, de l'expression de vos besoins, du conseil qui vous a été donné et de vos choix.

En cas de déclaration inexacte non intentionnelle qui modifie l'objet du risque, nous maintenons votre adhésion moyennant une augmentation de cotisation. Si vous ne l'acceptez pas, votre adhésion prend fin 10 jours après que nous vous ayons adressé la notification par lettre recommandée (article L 221-15 du Code de la mutualité).

Une fausse déclaration intentionnelle entraine la nullité de votre adhésion et les cotisations nous restent acquises (article L 221-14 du Code de la mutualité). Sa preuve incombe à l'assureur.

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 et/ou le(s) bénéficiaire(s) :
- changement de régime,
- changement de domicile,
- décès.

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

Dans ces hypothèses, vous avez la possibilité de résilier votre adhésion dans les 30 jours après en avoir eu connaissance.

En outre, vous devez informer MAAF Santé du changement de vos coordonnées bancaires dans le délai de 15 jours.

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).

Cette date se situera au plus tôt le lendemain de la date de la 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 sera remise.

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 27.

LES CONDITIONS D'ADHÉSION

- **Peuvent adhérer à MAAF Santé, les personnes qui remplissent les conditions suivantes :**
  - être affilié à un régime d'assurance maladie obligatoire français. Les personnes affiliées à un régime d'assurance maladie à souscription facultative, au régime monégasque ou à tout autre régime spécial dont la base de remboursement diffère de celle du régime général obligatoire français ne sont pas éligibles,
  - résider dans un département français.
- **Précisions :**
  - les personnes âgées de **plus de 65 ans** ne peuvent pas souscrire l'option Indemnité journalière hospitalisation,
  - les Travailleurs Non Salariés non agricoles (TNS) dont le contrat répond aux exigences des contrats solidaires et responsables peuvent souscrire le contrat dans le cadre de la loi Madelin (loi du 11 février 1994 modifiée par la loi portant réforme des retraites du 21 août 2003 et par la loi de finances pour 2004) en adhérant à l'ASPDSP (Association Solidaire pour la Prévention et le Développement de la Santé et de la Prévoyance), association régie par la loi du 1er juillet 1901, dont le siège est au 86-90 rue Saint Lazare - 75009 Paris. Les dispositions de la loi Madelin permettent aux membres de l'ASPDSP de déduire de leurs ressources imposables, sous certaines conditions et limites, les cotisations versées au titre de leur contrat santé.

L'OUVERTURE DES DROITS

À L'ADHÉSION

Les règles d'application des délais d'attente :

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

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

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

La dérogation à l'application des délais d'attente

Il y a application immédiate des garanties pour des soins consécutifs à un accident corporel survenu après la date d'effet du contrat.

EN COURS DE CONTRAT

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

Un changement de garanties à la hausse est possible à tout moment.

Un changement de garanties à la baisse est possible après **au moins 12 mois** de présence dans la formule précédemment souscrite.

Les nouvelles garanties s'appliquent immédiatement.

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

- de naissance ou d'adoption : l'application des garanties pour l'enfant nouveau-né ou adopté est immédiate,
- de mariage ou de pacs : le conjoint suit la situation du sociétaire. Ainsi si le sociétaire n'a pas terminé sa période de délais d'attente, le conjoint devra supporter le même reliquat.

L'ATTESTATION DE TIERS PAYANT

MAAF Santé propose le tiers payant dans le respect des modalités prévues à l'article L871-1 du Code de la Sécurité sociale.

MAAF Santé envoie une attestation de tiers payant permettant aux assurés de justifier de leur appartenance à la mutuelle et de ne pas faire l'avance de certains frais auprès des professionnels de la santé qui l'acceptent et avec lesquels MAAF Santé a des accords. Chaque assuré majeur reçoit une attestation. Il est possible d'obtenir un duplicata *via* votre Espace client MAAF sur maaf.fr.

Cette attestation est valable jusqu'au 31/12 de l'année en cours.

Une nouvelle attestation sera envoyée chaque année dans le pli avis d'échéance avec une période de validité du 1er janvier au 31 décembre.

A chaque évolution des garanties du contrat ou de la situation personnelle des assurés, une nouvelle attestation est établie prenant en compte le changement et sa date d'effet.

En cas de retrait d'un assuré ou de la résiliation du contrat en cours d'année, l'attestation doit être retournée à MAAF Santé.

COTISATION

La cotisation est le prix des garanties pour assurer le risque déclaré.

Le montant de votre cotisation, établi en fonction de vos déclarations, de la nature et du montant des garanties souscrites, est indiqué sur vos Conditions particulières puis chaque année sur votre avis d'échéance.

CALCUL DE LA COTISATION

La cotisation dépend de six critères :

- le régime obligatoire de chaque assuré [régime général de Sécurité sociale, régime local Alsace-Moselle, travailleurs non salariés (TNS)],
- le niveau de garantie,
- l'adresse du souscripteur,
- l'âge de chaque assuré,
- le nombre d'assurés,
- la durée d'appartenance à MAAF Santé.

À la souscription, l'âge est calculé par différence de millésime, c'est-à-dire par différence entre l'année d'effet du contrat et l'année de naissance. Au renouvellement annuel, l'âge pris en compte est l'âge au 1er janvier de l'année de renouvellement.

Les assurés sont classés en 12 tranches d'âge : de 0 à 21 ans, 22-26 ans, 27-31 ans, 32-36 ans, 37-41 ans, 42-46 ans, 47-51 ans, 52-56 ans, 57-61 ans, 62-66 ans, 67-71 ans, plus de 71 ans.

Pour un souscripteur ayant au moins 3 enfants de 0-21 ans assurés, la gratuité des cotisations est accordée à partir du 3ème enfant.

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

Le montant de la cotisation est indiqué sur le bulletin d'adhésion et les Conditions particulières. Il est également indiqué sur chaque avis d'échéance.

CONDITIONS DE RÈGLEMENT DE LA COTISATION

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

La cotisation TTC peut être réglée en paiement annuel, l'échéance de paiement est alors fixée au 1er janvier.

Dans le cas d'un règlement annuel, la cotisation n'inclut pas de frais de fractionnement. Des frais d'échéance sont néanmoins applicables.

La cotisation TTC peut être réglée en plusieurs fois :

- paiement semestriel, les échéances de paiement sont fixées au 1er janvier et au 1er juillet,
- paiement trimestriel, les échéances de paiement sont fixées au 1er janvier, 1er avril, 1er juillet et 1er octobre,
- paiement mensuel en 12 fois, de janvier à décembre.

Selon la périodicité de paiement choisie, les frais suivants sont appliqués :

Paiement de la cotisation	Frais de fractionnement(1)	Frais d'échéance ou frais de gestion annuels du contrat(2)
Annuel	Pas de frais	0,76 €
Semestriel	2 %	1,52 €
Trimestriel	3 %	3,04 €
Mensuel	4 %	9,12 €

(1) Inclus dans la cotisation TTC.
En cas de paiement mensuel en 12 fois si le tarif TTC du contrat annuel est de 250 €, le montant des frais inclus dans la cotisation est : (250 – 250/1,04) = 9,62 €

(2) Facturés en une seule fois quel que soit le nombre d'assurés présents au contrat mentionnés sur l'avis d'échéance.
Par exemple en cas de paiement mensuel en 12 fois, 9,12 € de frais d'échéance seront facturés sur l'avis d'échéance annuel au 01/01 de chaque année, quel que soit le nombre d'assurés présents au contrat sur l'avis d'échéance.

Les frais de fractionnement et d'échéance sont révisables chaque année. En cas d'évolution à la hausse de ces frais, vous êtes tenu informé sur votre avis d'échéance. Si vous n'acceptez pas cette majoration, vous pouvez, dans les trente jours où elle a été portée à votre connaissance, résilier votre contrat.

Dès la souscription de votre contrat, vous êtes redevable du prorata de cotisation allant de la prise d'effet jusqu'à la prochaine échéance annuelle.

Vous recevez votre calendrier de paiement, qui vous précise selon le fractionnement choisi, les montants et dates des échéances de paiement de l'année en cours. Puis à chaque échéance annuelle, fixée au 1er janvier, vous recevez votre avis d'échéance précisant les montants et dates des échéances de la nouvelle année.

MODIFICATION DE LA COTISATION

Le montant de la cotisation peut être modifié pour les motifs suivants :

EN COURS D'ANNÉE

Du fait de l'assuré :

- un changement de régime obligatoire,
- un changement d'adresse,
- un ajout ou retrait d'assurés,
- un changement de niveaux de garanties,
- un changement de périodicité de paiement.

Du fait de MAAF Santé :

- 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

- un changement d'âge des assurés,
- un accroissement de la sinistralité générale,
- une augmentation des frais de fractionnement et/ou d'échéance,
- une modification des garanties du contrat à l'initiative de MAAF Santé.

SUBROGATION

Après remboursement des prestations de soins dues en fonction des garanties et/ou après intervention des garanties assistance, la Mutuelle est subrogée dans les droits et actions du membre participant ou des ayants droit victimes d'un accident corporel pour agir contre le tiers responsable, c'est-à-dire que la Mutuelle dispose auprès du responsable d'une action en remboursement, à due concurrence de la part d'indemnités qu'elle a versée.

PRESCRIPTION

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

Toutefois, ce délai ne court :

1° en cas de réticence, omission, déclaration fausse ou inexacte sur le risque couru, du fait du membre participant, que du jour où la mutuelle ou l'union en a eu connaissance ;

2° en cas de réalisation du risque, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.

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

La prescription est portée à dix ans lorsque, pour les opérations mentionnées au b du 1° du I de l'article L. 111-1 du Code de la mutualité, le bénéficiaire n'est pas le membre participant et, dans les opérations relatives aux accidents corporels atteignant les personnes, lorsque les bénéficiaires sont les ayants droit du membre participant décédé.

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

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

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

Article 2240

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

Article 2241

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

Article 2242

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

Article 2243

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

Article 2244

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

Article 2245

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

Article 2246

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

LA RÉSILIATION

VOUS POUVEZ DÉNONCER LE RENOUVELLEMENT AUTOMATIQUE DE VOTRE CONTRAT :

À L'ÉCHÉANCE

Par déclaration auprès d'un conseiller (en agence ou téléphone) ou par lettre ou support durable (espace client sur maaf.fr, sur l'application mobile "MAAF et Moi", ou mail), moyennant un préavis de 2 mois avant la date d'échéance principale.
En cas de modification des droits et obligations des Travailleurs non salariés non agricoles ayant souscrit leur contrat dans le cadre de la Loi N° 94-126 dite Madelin, ces derniers peuvent dénoncer leur adhésion dans un délai d'un mois à compter de la remise des nouvelles conditions contractuelles.

EN COURS D'ANNÉE

En cas de survenance d'un des événements suivants :

- changement de domicile,
- changement de situation matrimoniale,
- changement de régime matrimonial,
- changement de profession,
- perte de la qualité d'affilié à un régime d'assurance maladie obligatoire français,
- retraite professionnelle ou cessation définitive d'activité professionnelle.

La résiliation du contrat ne peut intervenir que dans les trois mois suivant la date de l'événement. La résiliation prend effet un mois après réception de votre notification par déclaration auprès d'un conseiller (en agence ou téléphone) ou par lettre ou support durable (espace client sur maaf.fr, sur l'application mobile "MAAF et Moi", ou mail) qui indique la nature et la date de l'événement (avec les justificatifs requis) en donnant toutes précisions de nature à établir que la résiliation est en relation directe avec ledit événement.
La résiliation est également possible en cas :

- de décès du souscripteur (sur présentation du certificat de décès),
- d'adhésion à une mutuelle d'entreprise obligatoire (justifiée par une attestation de contrat groupe),
- de souscription d'un contrat CSS (sur présentation de l'attestation CSS).

La résiliation prend effet au plus tôt au lendemain de la demande, sauf pour le décès pour lequel le retrait est effectif à la date du décès.

À TOUT MOMENT

À l'expiration d'un délai d'un an à compter de la première souscription, sans frais ni pénalités. La résiliation doit être notifiée par déclaration auprès d'un conseiller (en agence ou téléphone) ou par lettre ou support durable (espace client sur maaf.fr, sur l'application mobile "MAAF et Moi", ou mail).
La résiliation prend effet un mois après réception de sa notification par MAAF Santé.

Dans tous les cas, MAAF Santé confirme par écrit la réception de la demande de résiliation du souscripteur.

PAR MAAF SANTÉ

Nous pouvons résilier votre contrat dans les cas suivants :

- en cas de non-paiement de cotisation ou fraction de cotisation dans les 10 jours de son échéance.

Si vous ne réglez pas votre cotisation ou fraction de cotisation dans les 10 jours de son échéance, l'ensemble des garanties de 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.

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.

En l'absence de règlement intégral, le contrat pourra être résilié 10 jours après la date de suspension notifiée sur la lettre de mise en demeure.

Le contrat non résilié reprend ses effets le lendemain à midi du jour où MAAF Santé a reçu le règlement de l'intégralité des sommes dont vous êtes redevable.

Aucune prestation ne peut être servie après la date d'effet de la suspension du contrat, sauf celles pour lesquelles les conditions d'ouverture du droit étaient entièrement réunies avant cette date (prestations pour lesquelles la date des soins est antérieure à la date de suspension).

- en cas de perte, par le membre participant, de la qualité d'affilié à un régime d'assurance maladie obligatoire français.

La résiliation prend effet 30 jours après sa notification signifiée par lettre recommandée avec avis de réception.

LES DISPOSITIONS GÉNÉRALES

LE DROIT APPLICABLE (article L.225-2 du Code de la mutualité)

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

Ce contrat est régi par le Code de la mutualité. L'autorité chargée du contrôle de votre mutuelle est l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution, 4 place de Budapest CS 92459, 75436 PARIS CEDEX 09.

COMPENSATION

Toutes obligations réciproques, présentes ou futures, entre les parties au contrat s'éteignent par compensation conformément aux articles 1347 et suivants du code civil.

SERVICE RÉCLAMATIONS

UNE RÉCLAMATION ?

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

Si votre réclamation est formulée à l'oral et que vous n'obtenez pas entière satisfaction, vous serez invités à la formaliser sur un support écrit, en particulier sur votre espace client (www.maaf.fr/fr/reclamation) ou par courrier à l'adresse suivante MAAF ASSURANCES – Réclamations – Chaban de Chauray – 79036 Niort cedex 9.

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

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

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

Sur le site : www.mediation-assurance.org.
Vous disposez d'un formulaire en ligne « Je saisis le médiateur » ;

Par courrier, à l'adresse suivante : La Médiation de l'Assurance - TSA 50110 - 75441 PARIS CEDEX 09.

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

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

LA PROTECTION DES DONNÉES PERSONNELLES

À QUI SONT TRANSMISES VOS DONNÉES PERSONNELLES ?

Vos données personnelles sont traitées par votre Assureur ou par le Groupe Covéa, auquel il appartient, responsables de traitement.

Vous trouverez les coordonnées de votre Assureur sur les documents contractuels et précontractuels qui vous ont été remis ou mis à votre disposition. Le Groupe Covéa est représenté par Covéa, Société de Groupe d'Assurance Mutuelle régie par le code des assurances, RCS Paris 450 527 916, dont le siège social se situe 86-90 rue St Lazare 75009 Paris. Pour obtenir des informations sur le Groupe Covéa, vous pouvez consulter le site https://www.covea.eu.

Vos données personnelles peuvent être transmises aux personnels des responsables de traitement, à ses partenaires et sous-traitants contractuellement liés, réassureurs, organismes professionnels, organismes d'assurance ou organismes sociaux des personnes impliquées, intermédiaires d'assurance, experts, ainsi qu'aux personnes intéressées au contrat.

Ces destinataires peuvent être situés en dehors de l'Union européenne sur la base d'une décision d'adéquation ou de conditions contractuelles négociées. Ces dispositifs sont disponibles auprès de votre Délégué à la Protection des Données.

POURQUOI AVONS-NOUS BESOIN DE TRAITER VOS DONNÉES PERSONNELLES ?

1. Vos données personnelles sont traitées par votre Assureur et par le groupe Covéa afin de :
   - conclure, gérer et exécuter les garanties de votre contrat d'assurance ;
   - réaliser des opérations de prospection commerciale ;
   - permettre l'exercice des recours et la gestion des réclamations ;
   - conduire des actions de recherche et de développement ;
   - mener des actions de prévention ;
   - élaborer des statistiques et études actuarielles ;
   - lutter contre la fraude à l'assurance ;
   - mener des actions de lutte contre le blanchiment et le financement du terrorisme ;
   - exécuter ses obligations légales, réglementaires et administratives en vigueur.
2. Ces traitements ont pour bases légales : l'intérêt légitime des responsables de traitement pour les finalités de prospection commerciale, de lutte contre la fraude à l'assurance, de recherche développement ainsi que d'actions de prévention ; et votre contrat pour les autres finalités citées, hors données de santé. Lorsque la base légale est le contrat, le refus de fournir vos données entraîne l'impossibilité de conclure celui-ci.

Les responsables de traitement ont pour intérêt légitime : leur développement commercial, le développement de nouvelles offres et de nouveaux services, et la maîtrise de leur sinistralité.

3. Dans le cadre de la lutte contre la fraude à l'assurance, votre Assureur peut, en cas de détection d'une anomalie, d'une incohérence ou d'un signalement, vous inscrire sur une liste de personnes présentant un risque de fraude, afin de maîtriser nos coûts et protéger notre solvabilité. Avant toute inscription, une information individuelle préalable vous sera notifiée.

QUELLE PROTECTION PARTICULIÈRE POUR VOS DONNÉES DE SANTÉ ?

Votre Assureur et le Groupe Covéa traitent des données personnelles relatives à votre santé aux fins de conclusion et gestion de votre contrat et/ou l'instruction et la gestion de votre sinistre. Ces données sont également utilisées à des fins de lutte contre la fraude à l'assurance.
Vos données de santé sont nécessaires à l'assureur pour évaluer les risques. En aucun cas vos données de santé ne seront utilisées à des fins de prospection commerciale.

Compte tenu de leur particulière sensibilité, le traitement de ces données de santé est soumis à l'obtention de votre consentement. Pour garantir la confidentialité de vos données de santé et le respect du secret médical , elles sont

destinées exclusivement au service médical de l'assureur ainsi qu'au seul personnel spécifiquement formé à leur traitement par le service médical.

Vous avez la possibilité de ne pas donner votre consentement ou de le retirer à tout moment. En cas de refus ou de retrait de votre consentement, l'assureur ne pourra pas évaluer le risque. Par conséquent la conclusion de votre contrat ou l'instruction et la gestion de votre sinistre seront impossibles. Vous pouvez exercer votre droit de retrait auprès du Délégué à la Protection des Données à l'adresse suivante :

Protection des données personnelles
MAAF Assurances SA
Chauray
79036 Niort Cedex 9
protectiondesdonnees@maaf.fr

Dans le cadre de votre complémentaire de santé, la base légale du traitement de vos données de santé est la protection sociale. Conformément à la législation en vigueur, votre assureur n'exerce pas de sélection de risques à partir de vos données de santé.

PENDANT COMBIEN DE TEMPS VOS DONNÉES PERSONNELLES SONT-ELLES CONSERVÉES ?

Les données personnelles traitées dans le cadre de la conclusion et la gestion de votre contrat sont conservées conformément aux délais légaux de prescription, fixés selon la nature du contrat.

En l'absence de conclusion d'un contrat, vos données de santé sont conservées pendant 5 ans.

Dans le cadre de la prospection commerciale, les données personnelles sont conservées 3 ans à compter de leur collecte ou du dernier contact avec la personne concernée resté sans effet.

En cas d'inscription sur une liste de lutte contre la fraude, vos données personnelles sont conservées 5 ans.

QUELS SONT LES DROITS DONT VOUS DISPOSEZ ?

Vous disposez :

- d'un **droit d'accès**, qui vous permet d'obtenir :
  - la confirmation que des données vous concernant sont (ou ne sont pas) traitées ;
  - la communication d'une copie de l'ensemble des données personnelles détenues par le responsable de traitement vous concernant ;

Ce droit concerne l'ensemble des données qui font l'objet (ou non) d'un traitement de notre part.

- d'un **droit de demander la portabilité** de certaines données. Plus restreint que le droit d'accès, il s'applique aux données personnelles que vous avez fournies (de manière active, ou qui ont été observées dans le cadre de votre utilisation d'un service ou dispositif) dans le cadre de la conclusion et la gestion de votre contrat.

- d'un **droit d'opposition**, qui vous permet de ne plus faire l'objet de prospection commerciale de la part de votre Assureur ou de ses partenaires, ou, pour des raisons tenant à votre situation particulière, de faire cesser le traitement de vos données à des fins de recherche et développement, de lutte contre la fraude et de prévention.

- d'un **droit de rectification :** il vous permet de faire rectifier une information vous concernant lorsque celle-ci est obsolète ou erronée. Il vous permet également de faire compléter des informations incomplètes vous concernant.

- d'un **droit d'effacement :** il vous permet d'obtenir l'effacement de vos données personnelles sous réserve des durées légales de conservation. Il peut notamment trouver à s'appliquer dans le cas où vos données ne seraient plus nécessaires au traitement.

- d'un **droit de limitation,** qui vous permet de limiter le traitement de vos données (ne faisant alors plus l'objet d'un traitement actif) :
  - en cas d'usage illicite de vos données ;
  - si vous contestez l'exactitude de celles-ci ;
  - s'il vous est nécessaire de disposer des données pour constater, exercer ou défendre vos droits.

- d'un **droit d'obtenir une intervention humaine :** votre Assureur peut avoir recours à une prise de décision automatisée en vue de la souscription ou de la gestion de votre contrat pour l'évaluation du risque. Dans ce cas, vous pouvez demander quels ont été les critères déterminants de la décision auprès de votre Délégué à la protection des données.

Vous pouvez exercer vos droits par courrier à l'adresse postale « protection des données personnelles » MAAF Assurances SA - Chauray - 79036 Niort Cedex 9 ou par email à l'adresse protectiondesdonnees@maaf.fr.

À l'appui de votre demande d'exercice des droits, il vous sera demandé de justifier de votre identité.

Vous pouvez vous inscrire gratuitement sur le registre d'opposition au démarchage téléphonique sur www.bloctel.gouv.fr. Dans ce cas, vous ne serez pas démarché par téléphone sauf si vous nous avez communiqué votre numéro de téléphone afin d'être recontacté ou sauf si vous êtes titulaire auprès de nous d'un contrat en vigueur.

Vous pouvez définir des directives générales auprès d'un tiers de confiance ou particulières auprès du responsable de traitement concernant la conservation, l'effacement et la communication de vos données personnelles après votre décès. Ces directives sont modifiables ou révocables à tout moment.

En cas de désaccord sur la collecte ou l'usage de vos données personnelles, vous avez la possibilité de saisir la Commission Nationale de l'Informatique et Libertés (CNIL).

LE TRAITEMENT DE VOS DONNÉES PAR L'ALFA

Vos données font l'objet d'une mutualisation avec les données d'autres assureurs dans le cadre d'un dispositif professionnel ayant pour finalité la lutte contre la fraude et dont le responsable du traitement est l'ALFA (l'Agence pour la Lutte contre la Fraude à l'Assurance). Les données mutualisées sont les données relatives aux contrats d'assurance automobile et aux sinistres déclarés aux assureurs.

Dans ce cadre, vos données sont destinées au personnel habilité de l'Agence pour la Lutte contre la Fraude à l'Assurance, ainsi qu'aux organismes directement concernés par une fraude (organismes d'assurance, autorités judiciaires, officiers ministériels, auxiliaires de justice, organismes tiers autorisés par une disposition légale ou règlementaire).

Pour l'exercice de vos droits dans le cadre de ce traitement, vous pouvez contacter l'ALFA, 1 rue Jules Lefebvre, 75431 Paris Cedex 09.

COMMENT CONTACTER LE DÉLÉGUÉ À LA PROTECTION DES DONNÉES ?

Pour toute information complémentaire, vous pouvez contacter le Délégué à la Protection des Données en écrivant à l'adresse suivante électronique : delegueala protectiondes-donnees@covea.fr, ou par courrier : Délégué à la Protection des Données - 86-90 rue St Lazare 75009 Paris.

DROIT APPLICABLE

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 assureur est l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution, 4 place de Budapest - CS 92459 - 75436 Paris Cedex 09.

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 L.221-18 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 Santé 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 Santé 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 Santé. Cette demande intégrera la phrase suivante :

« Je soussigné <votre nom et prénom > exerce mon droit de renonciation pour mon contrat d'assurance complémentaire santé individuel numéro ---------- (indiquer les références du contrat figurant sur les Conditions particulières), souscrit le ----------».

GLOSSAIRE MAAF SANTÉ

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.

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

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

Aides auditives : dispositifs médicaux visant à compenser une perte auditive. Elles sont exclusivement délivrées par des audioprothésistes, sur prescription médicale.
Synonyme : prothèses auditives ou appareils auditifs.

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…
Synonymes : matériel médical, dispositifs médicaux (DM).

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.

Assurance Maladie Obligatoire (AMO) : régime obligatoire couvrant tout ou partie des dépenses liées à la maladie, à la maternité et aux accidents corporels.
Synonymes : Régime Obligatoire (de protection sociale), Sécurité sociale, MSA, SSI.

Assuré : personne physique ou morale au profit de laquelle la complémentaire santé a été souscrite.
L'assuré est la personne sur laquelle le risque repose, qui utilise les soins de santé et qui bénéficie des prestations définies par MAAF Santé.
Synonyme : Bénéficiaire.

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

Base 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.

Chambre 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.

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 loi qualifie une garantie 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 garantie 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).
De plus les garanties complémentaires santé « responsables » remboursent au minimum (sous réserve des éventuelles évolutions réglementaires) en complément du régime obligatoire et conformément aux nouvelles dispositions de l'article L871-1 du Code de la Sécurité sociale le ticket modérateur pour l'ensemble des dépenses de santé prises en charge par l'assurance maladie obligatoire, sauf pour les frais de cure thermale et les médicaments dont le service rendu a été classé faible ou modéré, ainsi que pour l'homéopathie.
Elles doivent également couvrir l'intégralité du forfait journalier hospitalier ainsi que la participation forfaitaire actes lourds, prévue à l'article R.160-16 du Code de la Sécurité sociale, et le forfait patient urgences, prévu à l'article L.160-13 de code de la Sécurité sociale.
Elles remboursent intégralement, en sus du Régime Obligatoire, les équipements optique, soins prothétiques dentaires et aides auditives appartenant à une liste réglementée "100% Santé" à hauteur des honoraires limites de facturation ou des Prix Limites de Vente (PLV).
Elles respectent les règles légales de renouvellement des équipements à savoir :

- optique : par période de 2 ans à compter de la date d'acquisition du dernier équipement pour les adultes et les enfants de plus de 16 ans (sauf renouvellement anticipé prévu par la réglementation).
- aides auditives : par période de 4 ans à compter de la date d'acquisition du dernier équipement.

Elles respectent les planchers et les plafonds du contrat responsable.
La prise en charge des dépassements d'honoraires des médecins qui n'adhèrent pas à l'un des Dispositifs de Pratique Tarifaire Maîtrisée est limitée et doit nécessairement être inférieure à celle des dépassements d'honoraires de médecins qui adhèrent à l'un de ces dispositifs.

En revanche, ils 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 boite de médicament).

D élai d'attente : période au cours de laquelle une garantie ne s'applique pas - ou de manière limitée - bien que l'assuré cotise. Elle commence à courir à compter du jour de la souscription ou de l'adhésion à la complémentaire santé.
Synonymes : délai ou clause de stage, délai de carence.

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 respecter le cas échéant le Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée auquel il a adhéré 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.

Dispositifs de Pratique Tarifaire Maîtrisée : il s'agit de contrats proposés par l'Assurance Maladie aux médecins visant à modérer les dépassements d'honoraires.
Exemples de dispositifs : option pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM) et option pratique tarifaire maîtrisée chirurgie obstétrique (OPTAM-CO). Ils remplacent le Contrat d'Accès aux Soins (CAS) depuis le 01/01/2017.

É chéance : date qui marque le début de chaque année d'assurance.

Équipement 100 % santé : les assurés peuvent bénéficier de certaines prestations d'optique, d'aides auditives et de prothèses dentaires, intégralement remboursées par l'assurance maladie obligatoire et les complémentaires santé, donc sans frais restant à leur charge, sous réserve que les professionnels de santé respectent les tarifs maximum fixés.
Ces soins identifiés (appelés aussi "paniers 100% Santé" ou "paniers à prise en charge renforcée") sont définis réglementairement.
Les opticiens, audioprothésistes et chirurgiens-dentistes fixent leur prix dans la limite de plafonds prédéfinis et s'engagent à respecter les conditions de l'offre « 100% Santé ».
La différence entre le prix facturé par l'opticien, l'audioprothésiste ou le chirurgien-dentiste, et le montant remboursé par l'assurance maladie obligatoire, est remboursé par le contrat Biorythm.
Les opticiens et les audioprothésistes sont tenus de proposer un équipement du panier « 100% Santé » et d'établir un devis faisant systématiquement apparaître un équipement de l'offre « 100% Santé ».
Les chirurgiens-dentistes ont quant à eux l'obligation, lorsqu'ils proposent à leur patient la réalisation d'un acte en dehors du panier « 100% Santé », de leur proposer également une alternative thérapeutique prévue dans le panier « 100 % Santé », chaque fois qu'une telle alternative existe, ou à défaut, de leur proposer une alternative avec un reste à charge maîtrisé. Les chirurgiens-dentistes sont également tenus de remettre un devis au patient pour les prothèses dentaires.
Synonymes : soins et prothèses 100 % santé.

Équipement à prise en charge libre : il s'agit des prestations d'optique, d'aides auditives et de soins et prothèses dentaires qui ne font pas partie des équipements "100% santé" dont la liste est définie réglementairement.
La prise en charge des équipements à prise en charge libre découle de l'application du tableau de garantie contractuel.

F orfait journalier hospitalier : somme due pour tout séjour hospitalier dans un établissement de santé (sauf pour les assurés relevant du régime Alsace-Moselle).
Il s'agit d'une participation forfaitaire du patient aux frais d'hébergement et d'entretien entraînés par son hospitalisation.
Ce forfait n'est pas remboursé par 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 patient urgences : participation forfaitaire laissée à la charge de l'assuré pour tout passage non programmé dans les services d'urgences d'un établissement de santé lorsque ce passage n'est pas suivi d'une hospitalisation dans un service de médecine, de chirurgie, d'obstétrique ou d'odontologie de l'établissement (article L.160-13 du Code de la Sécurité sociale).

Frais de séjour : frais facturés par un établissement de santé pour couvrir les coûts du séjour, c'est-à-dire l'ensemble des services mis à la disposition du patient : plateau technique, personnel soignant, médicaments, examens de laboratoire, produits sanguins, prothèses, hébergement, repas...
En fonction du statut de l'établissement, ces frais de séjour peuvent ne pas inclure les honoraires médicaux et paramédicaux, qui seront alors facturés à part.
Les frais de séjour sont pris en charge par l'assurance maladie obligatoire au taux de 80 % (ou de 100 % dans certains cas : actes coûteux notamment), le solde étant généralement remboursé par l'assurance maladie complémentaire.

Frais 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 certaines complémentaires santé.
Synonymes : frais d'accompagnement, lit d'accompagnant, repas d'accompagnant.

GLOSSAIRE MAAF SANTÉ

Franchise médicale : somme déduite des remboursements effectués par l'assurance maladie obligatoire sur les médicaments, les actes paramédicaux et les transports sanitaires depuis le 1er 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 Complémentaire santé solidaire et de l'Aide Médicale de l'Etat, femmes enceintes (du 1er jour du 6ème mois de grossesse et jusqu'au 12ème jour après l'accouchement), les jeunes filles mineures âgées d'au moins 15 ans pour la contraception et la contraception d'urgence, les victimes d'un acte de terrorisme pour les frais de santé en rapport avec cet événement.
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,
- le matériel médical, ...

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.

Honoraires de dispensation : rémunération du pharmacien d'officine destinée à valoriser la dispensation d'un médicament qui comprend l'analyse pharmaceutique de l'ordonnance, la préparation éventuelle des doses à administrer, les conseils aux patients.
Ces honoraires sont pris en charge à 70 % par l'assurance maladie obligatoire (sauf cas dérogatoires prévus réglementairement) et à 30 % par l'assurance complémentaire à condition que la délivrance fasse suite à une prescription médicale de médicaments remboursables.

Honoraires limites de facturation : montant maximum pouvant être facturé par un chirurgien-dentiste conventionné avec l'assurance maladie obligatoire pour un acte donné. On parle également de « tarifs plafonnés ».
À compter de 2019, des honoraires limites de facturation sont appliqués à certaines prothèses dentaires, dont en particulier celles contenues dans le panier « 100 % Santé ».

Honoraires paramédicaux : ce sont les honoraires des professionnels paramédicaux, à savoir principalement les infirmiers, masseurs, kinésithérapeutes, orthophonistes, orthoptistes, pédicures-podologues... dont les actes qui figurent à la nomenclature sont remboursés par l'assurance maladie obligatoire et l'assurance maladie complémentaire.

Hospitalisation : séjour médicalement prescrit dans un établissement de soins public ou privé agréé par le Ministère de la Santé ou à domicile, ayant pour but un traitement médical ou chirurgical d'une maladie, d'un accident corporel ou d'une maternité.
Voir également : forfait journalier hospitalier, frais de séjour, frais d'accompagnement, participation actes lourds, chambre particulière.

Implantologie 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.

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...).
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.

Médicaments : toute substance ou composition présentée comme possédant des propriétés curatives ou préventives à l'égard des maladies humaines ou animales, ainsi que toute substance ou composition pouvant être utilisée chez l'homme ou chez l'animal ou pouvant leur être administrée, en vue d'établir un diagnostic médical ou de restaurer, corriger ou modifier leurs fonctions physiologiques en exerçant une action pharmacologique, immunologique ou métabolique.
Les médicaments disponibles en pharmacie sont classés en catégories correspondant à différents niveaux de prise en charge.
Il existe quatre taux de remboursement des médicaments :
- 100 % pour les médicaments reconnus comme irremplaçables et coûteux ;
- 65 % pour les médicaments dont le service médical rendu est majeur ou important et 90 % par le régime Alsace Moselle ;

- 30 % pour les médicaments dont le service médical rendu est modéré, les médicaments homéopathiques et certaines préparations magistrales et 80 % par le régime Alsace Moselle ;
- 15 % pour les médicaments à service médical rendu faible.

Les montants et taux de remboursement sont communiqués par le pharmacien lors de la délivrance. Ils sont inscrits sur la facture remise par le pharmacien.
Les médicaments relevant d'une prise en charge par l'assurance maladie obligatoire, ont un prix fixé par le Comité économique des produits de santé (CEPS).

Certains médicaments ne peuvent être délivrés que sur prescription médicale. D'autres peuvent être délivrés par votre pharmacien sans prescription (médicaments dits à « prescription médicale facultative »).
L'assurance maladie obligatoire ne rembourse que les médicaments ayant fait l'objet d'une prescription médicale. L'assurance maladie complémentaire peut prendre en charge des médicaments sans prescription médicale.
Les prix des médicaments non remboursables par l'assurance maladie obligatoire sont libres et peuvent varier d'une pharmacie à l'autre.

Nous : MAAF Santé, assureur

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 : c'est le circuit que les patients doivent suivre pour être pris en charge médicalement de façon personnalisée en optimisant l'offre de soins proposée en France. Organisé autour du médecin traitant, il concerne désormais tous les assurés de l'assurance maladie obligatoire et leurs ayants droit de moins de 16 ans.
Est considérée comme étant dans le parcours de soins coordonné 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", après lui avoir été adressée par son médecin traitant.

Une personne est considérée comme étant toujours dans le parcours de soins même si, se trouvant dans un cas d'urgence et/ou d'éloignement géographique, elle n'a pas consulté préalablement son médecin traitant.
De même, pour certains soins, les gynécologues, ophtalmologues et stomatologues, ainsi que les psychiatres ou neuropsychiatres pour les patients entre 16 et 25 ans, peuvent être consultés directement, sans passer par le médecin traitant. On parle alors d'accès direct autorisé.
Lorsqu'une personne âgée de plus de 16 ans est en dehors du parcours de soins, le remboursement de l'assurance maladie obligatoire est diminué.
Voir également : contrat responsable et solidaire

Partenaires Santéclair : professionnels du réseau de notre Partenaire Santéclair (RCS Nantes n° 428 704 977).

Participation forfaitaire actes lourds : une participation forfaitaire à la charge de l'assuré s'applique pour les actes coûteux pratiqués en ville ou en établissement de santé. Certains actes ne sont pas concernés par la participation forfaitaire actes lourds (radiodiagnostic, IRM, frais de transport d'urgence,...). Cette participation est généralement prise en charge par les complémentaires santé.

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 Complémentaire santé solidaire (CSS) 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).

Prestations d'appairage : au cas où un patient a besoin d'une paire de lunettes avec deux types de verres "100% Santé" différents (indice réfraction différent ou type de verres différents), une prestation d'appairage de verres peut être nécessaire dans un but esthétique et d'équilibrage de la monture.

Prix limite de vente : le prix limite de vente (PLV) d'un dispositif médical correspond au prix maximum de vente à l'assuré social. A défaut de fixation d'un prix limite de vente, le prix est libre.
La base de remboursement de la majorité des dispositifs médicaux inscrits à la liste des produits et prestations (LPP) et pris en charge par l'assurance maladie obligatoire est assortie d'un prix limite de vente.
S'agissant des médicaments pris en charge par l'assurance maladie obligatoire, seuls ceux qui sont assortis d'un tarif forfaitaire de responsabilité (TFR) n'ont pas de prix limite de vente.
Les aides auditives et les lunettes retenues dans les paniers « 100 % Santé » auront, à compter respectivement de 2019 et 2020, des prix limites de vente que les professionnels s'engagent à respecter pour que les assurés puissent bénéficier d'un reste à charge nul sur ces équipements.

GLOSSAIRE MAAF SANTÉ

Régime local Alsace-Moselle : il s'agit d'un régime local d'assurance maladie complémentaire obligatoire des départements du Bas-Rhin, du Haut-Rhin et de la Moselle, qui verse à ses bénéficiaires des prestations complémentaires de celles du régime général des salariés.

Régime obligatoire (RO) : organismes français couvrant tout au partie des dépenses liées à la maladie, à la maternité et aux accidents corporels.
Synonymes : Assurance maladie obligatoire (AMO), Sécurité sociale,...
Par simplification, on nommera RO l'ensemble des régimes obligatoires existants.

Secteur 1, secteur 2

Médecin conventionné de secteur 1 : il applique le tarif conventionnel, sauf dans les cas suivants où il peut pratiquer un dépassement d'honoraires :

- pour une consultation hors du parcours de soins,
- pour une exigence particulière pour une consultation non liée à un motif médical (par exemple, une visite en dehors des heures habituelles d'ouverture du cabinet du médecin).

Médecin conventionné de secteur 2 : il applique des honoraires fixés librement, avec « tact et mesure ». Le montant du dépassement n'est pas remboursé par le régime obligatoire.

Souscripteur

Le souscripteur est celui qui signe le contrat et règle les cotisations de ses garanties souscrites auprès de l'assureur.
L'assuré et le souscripteur du contrat peuvent être deux personnes différentes.

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 (90 % par le régime Alsace-Moselle),
- 60 % de la base de remboursement pour les actes paramédicaux (90 % par le régime Alsace-Moselle),
- 100 % ou 60 % de la base de remboursement pour l'appareillage (100 % ou 90 % par le régime Alsace-Moselle),
- 100 %, 65 %, 30 % ou 15 % pour les médicaments (100 %, 90 %, 80 % ou 15 % par le régime Alsace-Moselle).

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 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.

MAAF Santé
MUTUELLE SOUMISE AUX DISPOSITIONS DU LIVRE II DU CODE DE LA MUTUALITÉ - SIREN N° 331-542-142 - Code APE 6512 Z
Siège social : Chaban 79180 CHAURAY - Adresse postale : Chauray 79036 NIORT Cedex 09 - maaf.fr
IDU REP Eco circulaire : FR231788_03AUDB

Réf. 2337 - 01/24