

MES BIENS

MON ARGENT

MON ACTIVITÉ
PROFESSIONNELLE

MA FAMILLE



SANTÉ

VIVAZEN

CONDITIONS GÉNÉRALES

VALANT EXTRAIT DU RÈGLEMENT MUTUALISTE



Contrat Santé Vivazen

Valant extrait du règlement mutualiste

Dispositions en vigueur au 01/01/2026

LE CONTRAT

p. 4

- Votre contrat p. 4
- L'objet du contrat p. 4
- Votre déclaration p. 4
- Les conditions d'adhésion p. 4
- Les personnes pouvant être assurées p. 4
- Les principes de souscription p. 4
- Les garanties p. 5

POUR BIEN COMPRENDRE VOS GARANTIES

p. 8

- Module Soins Courants p. 8
 - Soins courants p. 8
 - Aides auditives p. 8
- Module Hospitalisation p. 10
 - Le Bonus fidélité p. 10
- Module Optique-dentaire p. 11
 - Optique p. 11
 - Le Bonus en vue p. 12
 - Dentaire p. 13
 - Le Bonus fidélité p. 13

GARANTIES D'ASSISTANCE

p. 15

- L'assistance santé a domicile **p. 16**
 - Pour bien comprendre la garantie p. 18
 - La mise en jeu de la garantie assistance p. 18
 - Le contenu des garanties p. 19
- Garanties d'assistance « aide aux aidants » **p. 27**

LA VIE DU CONTRAT	p. 30
■ L'étendue territoriale	p. 30
■ L'entrée en vigueur et la durée de votre contrat	p. 30
■ L'ouverture des droits	p. 30
■ Les modifications de garantie	p. 30
■ L'ajout d'un assuré	p. 30
■ Le retrait d'un assuré	p. 31
■ L'attestation de tiers payant	p. 31
■ La cotisation	p. 31
Calcul de la cotisation	p. 31
Conditions de règlement de la cotisation	p. 31
Modification de la cotisation	p. 32
■ Les modifications du contrat du fait de MAAF Santé	p. 32
■ La résiliation	p. 32
Par le souscripteur	p. 32
Par MAAF Santé	p. 32
■ La compensation	p. 33
■ La subrogation	p. 33
■ La prescription	p. 33
LES DISPOSITIONS GÉNÉRALES SUR VOS DROITS	p. 34
■ Le droit applicable	p. 34
■ Le service réclamations	p. 34
■ La protection des données personnelles	p. 34
■ La vente à distance	p. 36
■ Le démarchage	p. 36
LEXIQUE	p. 37
VOS CONTACTS	p. 42
LES STATUTS DE MAAF SANTÉ	p. 43

→ LE CONTRAT

Pour faciliter la lecture de votre contrat, le lexique situé page 37 définit certains termes utilisés dans ce document. Ceux-ci sont signalés par un astérisque «*».

→ VOTRE CONTRAT

Votre contrat est conclu dès qu'il a fait l'objet d'un accord signé entre vous* et nous*. Cet accord porte sur les informations figurant sur votre bulletin d'adhésion.

Votre contrat se compose :

- de votre bulletin d'adhésion,
- des présentes conditions générales valant extrait du règlement mutualiste,
- des conditions particulières.

→ L'OBJET DU CONTRAT

Votre contrat a pour objet d'assurer le remboursement des dépenses de santé des assurés* que vous* avez désignés, dans la limite des frais engagés et dans le respect des dispositions prévues au contrat.

→ VOTRE DÉCLARATION

Elle nous* permet de vous* proposer les garanties* adaptées à votre situation et de calculer la cotisation correspondante.

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 entraîne 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

Vous* devez nous* déclarer, dans un délai de 15 jours à partir du moment où vous* en avez eu connaissance, toutes modifications vous* concernant et/ou concernant le ou les assuré(s)* :

- changement de régime obligatoire*,
- changement de domicile,
- changement de situation familiale,
- retrait d'assuré(s)* (selon les motifs précisés p. 31).

Si ces changements modifient le montant de votre cotisation, celle-ci sera recalculée.

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.

→ LES CONDITIONS D'ADHÉSION

Les personnes souhaitant adhérer à MAAF Santé doivent remplir 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.

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 1^{er} juillet 1901 dont le siège social est situé au 86-90 rue Saint Lazare - 75009 Paris. Les dispositions de la loi Madelin permettent aux membres de l'ASPDSP de déduire de leurs revenus imposables, sous certaines conditions et limites, les cotisations versées au titre de leur contrat santé. Ils doivent être à jour du paiement de leurs cotisations aux régimes obligatoires maladie et vieillesse et ne peuvent déduire que dans la limite des plafonds visés par l'article 154 bis du Code général des Impôts.

Les adhérents ont la possibilité de consulter à tout moment les statuts de l'ASPDSP sur le site www.aspdsp.org

→ LES PERSONNES POUVANT ÊTRE ASSURÉES

Peuvent être assurés par le contrat :

- Vous, le souscripteur*,
- Votre conjoint(e) [marié(e), pacsé(e) ou concubin(e)],
- Vos enfants et ceux de votre conjoint(e), âgés de moins de 25 ans.

→ LES PRINCIPES DE SOUSCRIPTION

- Vous* souscrivez un seul et même contrat par foyer, sauf si vous souhaitez pour l'un des groupes de votre foyer souscrire une formule* non responsable (un module en niveau 5 ou la formule Hospitalisation niveau 3). Dans ce cas la souscription de deux contrats nécessitant l'identification d'un deuxième souscripteur* sera réalisée.
- Au sein de ce même contrat, vous* et votre conjoint(e) faites partie du groupe « ascendants », vos enfants du groupe « descendants ». **Les assurés* d'un même groupe ont tous la même formule* avec le même niveau de garanties*. La formule* du groupe « ascendants » peut être différente de celle du groupe « descendants ».**
- La souscription des trois modules de garanties (Soins courants, Hospitalisation et Optique-Dentaire) est obligatoire, sauf en cas de souscription du seul module « Hospitalisation niveau 3 ».
- Le niveau des modules « Hospitalisation » et « Optique – Dentaire » ne peut être supérieur ou inférieur de plus de un niveau à celui du module « Soins courants » souscrit.

Seules les associations suivantes sont autorisées :

MODULE SOINS COURANTS	MODULE HOSPITALISATION	MODULE OPTIQUE DENTAIRE
Soins courants niveau 1	Hospitalisation niveau 1 ou 2	Optique-Dentaire niveau 1 ou 2
Soins courants niveau 2	Hospitalisation niveau 1, 2 ou 3	Optique-Dentaire niveau 1, 2 ou 3
Soins courants niveau 3	Hospitalisation niveau 2, 3 ou 4	Optique-Dentaire niveau 2, 3 ou 4
Soins courants niveau 4	Hospitalisation niveau 3, 4 ou 5	Optique-Dentaire niveau 3, 4 ou 5
Soins courants niveau 5	Hospitalisation niveau 4 ou 5	Optique-Dentaire niveau 4 ou 5
-	Hospitalisation niveau 3	-

→ LES GARANTIES*

Les garanties* des niveaux 1 à 5 du contrat VIVAZEN 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.

Les garanties* des niveaux 1 à 4 du contrat **VIVAZEN** sont solidaires et responsables* conformément à la réglementation en vigueur. Elles répondent aux exigences de prise en charge du ticket modérateur*, du forfait journalier*, des planchers et plafonds des garanties optique ainsi qu'aux limites de dépassements d'honoraires*. Le contrat n'est pas responsable dès lors qu'est souscrit :

- un niveau 5 pour l'un des modules,
- ou le seul module « Hospitalisation niveau 3 ».

Les garanties* sont exprimées en pourcentage de la base de remboursement* (BR) de la Sécurité sociale ou en euros. **Les garanties* exprimées en pourcentage de la BR nécessitent et incluent la participation du régime obligatoire*.**

Celles exprimées en euros correspondent au remboursement de MAAF Santé (qu'il y ait ou non intervention du régime obligatoire*). Lorsque le régime obligatoire* intervient, le remboursement de MAAF Santé s'ajoute à celui-ci, à l'exception des équipements optique (verres et monture) pour lesquels le remboursement du régime obligatoire* est inclus.

Les forfaits exprimés par an s'entendent par assuré* et par année civile, c'est-à-dire du 1^{er} janvier au 31 décembre, à l'exception des garanties lunettes et aides auditives*. Les remboursements sont toujours accordés dans la limite des frais réels engagés.

MODULE SOINS COURANTS	NIVEAU 1	NIVEAU 2	NIVEAU 3	NIVEAU 4	NIVEAU 5
SOINS COURANTS					
Honoraires médicaux : consultations généralistes, spécialistes, visites, actes médicaux, radiologie.....	100 % BR	100 % BR	120 % BR (1)	170 % BR (1)	240 % BR (1)
Honoraires paramédicaux* (kiné, infirmier, ...)	100 % BR	100 % BR	130 % BR	180 % BR	250 % BR
Accompagnement psychologique remboursé par le RO	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Analyses et examens de laboratoire	100 % BR	100 % BR	130 % BR	180 % BR	250 % BR
Médicaments* - Prescrits remboursés par le RO médicaments* à service médical rendu important médicaments* à service médical rendu modéré ou faible	100 % BR - -	100 % BR 100 % BR 50 % de la dépense Max. 20 €/an/assuré	100 % BR 100 % BR 50 % de la dépense Max. 50 €/an/assuré	100 % BR 100 % BR 50 % de la dépense Max. 60 €/an/assuré	100 % BR 100 % BR 50 % de la dépense Max. 80 €/an/assuré
Prévention et médecines douces - Prévention et dépistage non remboursés par le RO	-	50 % de la dépense Max. 30 €/an/assuré	50 % de la dépense Max. 50 €/an/assuré	50 % de la dépense Max. 60 €/an/assuré	50 % de la dépense Max. 80 €/an/assuré
- Ostéodensitométrie* non remboursée par le RO (à partir de 55 ans)	-	-	20 €/an	40 €/an	60 €/an
- Médecines douces non remboursées par le RO	-	25 €/séance (limité à 2 fois par an)	30 €/séance (limité à 3 fois par an)	35 €/séance (limité à 3 fois par an)	50 €/séance (limité à 4 fois par an)
Matériel médical - Appareillages* et autres prothèses (hors dentaires) dont prothèses mammaires et capillaires	100 % BR -	150 % BR 100 €/an	150 % BR 300 €/an	200 % BR 600 €/an	250 % BR 1 000 €/an
- Achat d'un fauteuil roulant	Frais réels (6)	Frais réels (6)	Frais réels (6)	Frais réels (6)	Frais réels (6)
- Matériel médical 100 % santé (3)					
Cures thermales prises en charge par le RO (pour les enfants jusqu'à 18 ans et les adultes à partir de 55 ans)	-	100 % BR	100 % BR + 100 €/an	100 % BR + 150 €/an	100 % BR + 250 €/an
Transports remboursés par le RO	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
AIDES AUDITIVES (renouvellement tous les 4 ans)					
Équipements à prise en charge libre* - Aides auditives pour un assuré jusqu'à 20 ans inclus... - Aides auditives pour un assuré à partir de 21 ans	100 % BR 100 % BR	100 % BR 250 €/appareil + 150 €/appareil	100 % BR 300 €/appareil + 200 €/appareil	100 % BR 500 €/appareil + 250 €/appareil	100 % BR 700 €/appareil + 300 €/appareil
Supplément chez un Partenaire Santéclair	-				
Équipements 100 % santé* (3) tous les 4 ans			Frais réels (6)		
Piles et accessoires	100 % BR	100 % BR	150 % BR	200 % BR	250 % BR
MODULE HOSPITALISATION					
Honoraires hospitaliers	100 % BR	120 % BR(1)	170 % BR(1)	200 % BR(1)	280 % BR(1)
Bonus fidélité : après 2 ans chez MAAF Santé (2)	-	+ 10 % BR	+ 10 % BR	+ 10 % BR	+ 10 % BR
ou après 4 ans chez MAAF Santé (2)	+ 20 % BR	+ 20 % BR	+ 20 % BR	+ 20 % BR	+ 20 % BR
Chambre particulière et frais multimédia (50% du forfait en ambulatoire)	-	40 €(7)	50 €(7)	60 €(7)	75 €(7)
Bonus fidélité après 2 ans chez MAAF Santé.....	-	+ 40 €/an	+ 50 €/an	+ 60 €/an	+ 75 €/an
Frais d'accompagnant* (jusqu'à 16 ans et à partir de 55 ans)	-	20 €/jour	25 €/jour	30 €/jour	35 €/jour
Forfait journalier hospitalier*	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Frais de séjour*	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Transports remboursés par le RO	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Aide à la conception (FIV) non remboursée par le RO.....	-	-	-	600 €/an	800 €/an
Prime de naissance ou d'adoption	-	-	50 €/enfant	80 €/enfant	120 €/enfant

MODULE OPTIQUE DENTAIRE	NIVEAU 1	NIVEAU 2	NIVEAU 3	NIVEAU 4	NIVEAU 5
OPTIQUE					
Équipements 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 renouvellement anticipé prévus par la réglementation.				Par an
• Forfait maximum pour la monture	100 % BR	100 €	100 €	100 €	200 €
• Lunettes* avec verres simples } y compris monture pour		150 €	250 €	400 €	Forfait monture + Remboursement intégral des verres
• Lunettes* avec verres complexes } les niveaux 2, 3 et 4		300 €	400 €	550 €	
Bonus en vue verres simples ou complexes, si 3 ans sans achat de lunettes*	-	50 €	50 €	50 € (5)	
- Forfait basse vision (à partir de 55 ans)	-	-	-	40 €/an	60 €/an
Équipements 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 renouvellement anticipé prévus par la réglementation.				Par an
• Forfait maximum pour la monture	100 % BR	100 €	100 €	100 €	200 €
• Lunettes* avec verres simples } y compris monture pour		100 €	150 €	200 €	250 €
• Lunettes* avec verres complexes } les niveaux 2, 3, 4 et 5		200 €	250 €	300 €	350 €
Équipements 100 % santé* (3) y compris Offreclair	Frais réels (6) - Renouvellement tous les 2 ans sauf pour les enfants de moins de 16 ans (1 an) et les cas de renouvellement anticipé prévus par la réglementation.				
Autres garanties optiques					
- Lentilles* prises en charge ou non par le RO.....	100 % BR	60 €/an	100 €/an	140 €/an	180 €/an
- Chirurgie réfractive* et implant oculaire.....	-	100 €/œil	200 €/œil	300 €/œil	450 €/œil
DENTAIRE					
SOINS					
- Soins dentaires	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
- Inlay-Onlay*	100 % BR	100 % BR	100 % BR + 80 €	100 % BR + 150 €	100 % BR + 300 €
- Parodontie* non prise en charge par le RO (4)	-	-	50 € / an	100 € / an	150 € / an
PROTHÈSES à prise en charge libre*					
- Couronnes définitives et bridges (y compris couronne sur implant) (4)	100 % BR	150 €/prothèse + 50 €/prothèse	200 €/prothèse + 100 €/prothèse	300 €/prothèse + 150 €/prothèse	400 €/prothèse + 200 €/prothèse
Bonus fidélité après 2 ans chez MAAF Santé (4)	-				
- Prothèses amovibles définitives (4).....	100 % BR	100 % BR + 120 €/prothèse	100 % BR + 200 €/prothèse	100 % BR + 300 €/prothèse	100 % BR + 400 €/prothèse
- Autres prothèses dentaires remboursées ou non par le RO (4)	100 % BR	100 % BR	100 % BR + 25 € / prothèse	100 % BR + 50 € / prothèse	100 % BR + 100 € / prothèse
- Implants* (racine et pilier) (4)	-	-	300 € / an	400 € / an	600 € / an
SOINS ET PROTHÈSES 100 % SANTÉ* (3) (4)	Frais réels (6)				
(selon le type de prothèse, la localisation de la dent et le matériau utilisé)					
ORTHODONTIE					
- Orthodontie* prise en charge par le RO par semestre de traitement et/ou année de contention (4)	100 % BR	200 €	250 €	400 €	600 €
- Autres actes d'orthodontie* prise en charge par le RO ...	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
- Orthodontie* non prise en charge par le RO (4)	-	-	200 € / an	300 € / an	500 € / an

RO* : régime obligatoire BR* : base de remboursement du régime obligatoire

(1) : voir détails p.8 et p.10

(2) : Voir détails p.10

(3) : Tels que définis réglementairement.

(4) : Un plafond annuel par assuré s'applique selon les dispositions décrites dans les présentes Conditions générales (voir détails p. 14).

(5) : Le montant du forfait lunettes y compris Bonus en vue ne peut excéder 420 € lorsque l'équipement est composé de deux verres simples et 560 € lorsqu'il est composé d'au moins un verre complexe, y compris remboursement du régime obligatoire.

(6) : Prise en charge intégrale plafonnée aux prix limites de vente ou aux honoraires limites de facturation.

(7) : Pour les séjours en psychiatrie, le forfait chambre particulière et frais multimédia est limité à 30 jours par an et par bénéficiaire.

➔ POUR BIEN COMPRENDRE VOS GARANTIES

MODULE SOINS COURANTS

SOINS COURANTS

➔ LES GARANTIES

Elles prennent en charge, selon la formule* choisie :

Les honoraires* médicaux :

les consultations, visites et actes médicaux réalisés par les médecins généralistes et spécialistes y compris le forfait actes lourds* et la radiologie.

(1) 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 honoraires paramédicaux* :

kinésithérapeutes, infirmiers...,

L'accompagnement psychologique remboursé par le régime obligatoire* :

les séances d'accompagnement psychologique remboursées par le régime obligatoire* sont prises en charge dans les limites prévues à l'article R.162-65 du Code de la Sécurité sociale. Elles doivent être réalisées par un psychologue conventionné avec l'Assurance maladie.

Les analyses et examens de laboratoire

Les médicaments :

■ les médicaments* prescrits remboursés : la pharmacie remboursée par le régime obligatoire* et les honoraires de dispensation*. En niveau 1, seuls les médicaments* à service médical rendu important (remboursés à 65 % par le régime obligatoire* ou à 90 % par le régime Alsace Moselle*) sont pris en charge,

■ les médicaments* prescrits non remboursés : la pharmacie prescrite non remboursée par le régime obligatoire*, la contraception (féminine et masculine) ainsi que toute automédication* figurant sur le site internet d'aide à l'automédication (sirop antitussif, douleurs, fièvres, antihistaminiques, veinotoniques,...). Le site internet d'aide à l'automédication est opéré et géré par Santéclair (RCS Nantes 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). Ces dépenses sont prises en charge **à hauteur de 50 % de la dépense engagée** selon le niveau souscrit dans la limite du plafond annuel par assuré.

La prévention et les médecines douces :

■ les actes de prévention et dépistage non pris en charge par le régime obligatoire* : les dépenses sur les thèmes de prévention cités ci-dessous sont prises en charge **à hauteur de 50 % de la dépense engagée** dans la limite du forfait annuel par assuré* :

- 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,
- consultations diététiques effectuées par une diététicienne diplômée,
- vaccins non pris en charge y compris le traitement anti-paludéen,
- certificat médical sportif,
- formation aux gestes de 1^{er} secours,
- crème solaire prescrite,
- dépistage des infections urinaires,
- tests de grossesse et d'ovulation,
- traitement de l'hypertension (autotensionnètre – pose et dépose du holter tensionnel sur prescription),
- prévention des allergies des enfants (housses et oreillers antiacariens achetés en pharmacie ou dans les magasins spécialisés),

- dépistage des allergies alimentaires du nourrisson (allergie aux protéines du lait de vache) et substitut au lait maternel,
- sport sur ordonnance (ou activité physique adaptée) sur prescription médicale dans le cadre du parcours de soins coordonnés et dispensé par un professionnel autorisé pour certains patients, dans le cadre des articles L.1172-1 et D.1178-1 à 5 du Code de la Santé Publique,

■ l'ostéodensitométrie* non prise en charge par le régime obligatoire* **pour les assurés* de 55 ans et plus,**

■ les médecines douces : les ostéopathes, chiropracteurs, pédicures, ergothérapeutes, psychomotriciens, psychologues, étioopathes et acupuncteurs. La limite de remboursement annuelle s'applique à l'ensemble des spécialités.

Le matériel médical :

■ les appareillages* et autres prothèses (hors prothèses dentaires) : prothèses mammaires et capillaires, attelles, bas de contention, lit médicalisé, semelles orthopédiques, chaussures orthopédiques, location, réparation et accessoires d'un fauteuil roulant...

■ l'achat d'un fauteuil roulant pour lequel le régime obligatoire* intervient à 100 % de la base de remboursement*. MAAF Santé verse un forfait en supplément selon la formule* souscrite,

■ le matériel médical 100 % santé : prise en charge plafonnée aux honoraires limites de facturation ou aux prix limites de vente.

Les cures thermales :

prises en charge par le régime obligatoire*, pendant leur période de prise en charge par celui-ci, **pour les assurés* jusqu'à 18 ans et à partir de 55 ans** (forfait thermal, surveillance médicale, transport et hébergement).

Le transport pris en charge par le régime obligatoire*, hors hospitalisation*.

AIDES AUDITIVES

➔ LES GARANTIES

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 de 1700 € (remboursement du régime obligatoire* inclus) du contrat responsable, sauf pour le niveau 5. 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* :

■ les aides auditives jusqu'à 20 ans inclus
■ les aides auditives à partir de 21 ans
■ un supplément audioprothèses chez un audioprothésiste Partenaire Santéclair : **un forfait supplémentaire par appareil est versé** lorsque l'achat de la prothèse auditive est réalisé chez un audioprothésiste Partenaire Santéclair.

Les équipements 100 % santé* :

prise en charge intégrale plafonnée aux prix limites de vente des équipements définis réglementairement.

Les piles et accessoires.

Les actes non remboursés par le régime obligatoire* ne sont pas pris en charge, sauf mention contraire prévue dans le descriptif des garanties*.

En plus de ces garanties*, vous* bénéficiez de différents services qui sont accessibles *via* votre Espace client MAAF sur maaf.fr.

➔ POUR VOUS* FAIRE REMBOURSER

Avant toute dépense, pensez à présenter votre attestation de tiers payant* MAAF Santé. Elle peut vous* éviter l'avance de certains frais auprès des professionnels de la santé qui l'acceptent et avec lesquels MAAF Santé a des accords.

➔ POUR BIEN COMPRENDRE VOS 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 figurant dans le tableau ci-après à MAAF Santé – Chaban de Chauray – 79036 NIORT Cedex 9 pour en obtenir le remboursement.

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

Le décompte du régime obligatoire* n'est pas nécessaire si vous* avez bénéficié de la télétransmission*. Le régime obligatoire* précise sur votre décompte si ce dernier nous* a été transmis. 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 recouvrer 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 indemnités 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.

Si vous n'avez pas bénéficié du tiers payant* sur la part complémentaire :

Prestations* prises en charge par le régime obligatoire*	
Nature de la prestation*	Justificatifs
■ consultations, visites, actes médicaux ■ auxiliaires médicaux* ■ médicaments* ■ analyses ■ radiologie ■ appareillages* et prothèses (autres que dentaires) ■ aides auditives ■ transport ■ cure thermique : - forfait thermal/surveillance médicale	■ Décompte du régime obligatoire* ■ En cas de tiers payant* sur la part du régime obligatoire* uniquement, décompte du régime obligatoire* + facture détaillée et acquittée
- hébergement	
■ achat fauteuil roulant	Décompte du régime obligatoire* + facture + accord ou refus de prise en charge du régime obligatoire*
■ accompagnement psychologique	Décompte du régime obligatoire* + facture des frais réglés
	Décompte du régime obligatoire* + facture du psychologue

Le décompte du régime obligatoire* n'est pas nécessaire si vous bénéficiez de la télétransmission*.

Prestations* non prises en charge par le régime obligatoire*	
Nature de la prestation*	Justificatifs
■ ostéopathe, chiropracteur, pédicure, psychologue, psychomotricien, ergothérapeute, étio-pathe et acupuncteur ■ ostéodensitométrie* ■ consultations diététiques ■ certificat médical sportif ■ holter tensionnel (pose et dépose)	Facture du praticien
■ médicaments* achetés en pharmacie sans ordonnance ■ 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, ■ tests de grossesse et d'ovulation ■ vaccins et traitement anti-paludéen ■ dépistage des infections urinaires ■ test pour le dépistage des allergies aux protéines du lait de vache chez l'enfant ■ substitut au lait maternel	
■ médicaments* prescrits non pris en charge par le régime obligatoire* ■ crème solaire prescrite ■ autotensiomètre	Facture du pharmacien
■ housses et oreillers antiacariens	Facture d'achat du pharmacien ou du magasin spécialisé
■ formation aux gestes de 1 ^{er} secours	Facture + photocopie du diplôme
■ sport sur ordonnance (ou activité physique adaptée)	Ordonnance + facture des frais réglés

➔ POUR BIEN COMPRENDRE VOS GARANTIES

🏥 MODULE HOSPITALISATION*

🏥 LES GARANTIES*

Elles remboursent les frais occasionnés lors d'une hospitalisation* prise en charge par le régime obligatoire*, dans un établissement conventionné ou non.

Elles prennent en charge, selon la formule* choisie :

■ **les honoraires hospitaliers**, y compris la participation forfaitaire* pour les actes lourds (article R.160-16 du Code de la Sécurité sociale), et le forfait patient urgences, prévu à l'article L.160-13 du code de la Sécurité sociale.

(1) 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 frais de chambre particulière* et les frais multimédia (télévision et accès internet)** : un forfait par nuit d'hospitalisation* est versé en cas d'hospitalisation supérieure à une journée. 50 % du forfait est versé en cas d'hospitalisation ambulatoire*, soit : 20 € en niveau 2, 25 € en niveau 3, 30 € en niveau 4 et 37,50 € en niveau 5. **Pour les séjours en établissement psychiatrique, le forfait est versé dans la limite de 30 jours par an par bénéficiaire,**

■ **les frais d'accompagnant*** (lit et repas) : pour la personne qui accompagne l'assuré(e)* hospitalisé(e). Pour que la personne qui accompagne bénéficie de cette garantie*, l'assuré(e)* hospitalisé(e) doit avoir **entre 0 et 16 ans ou 55 ans et plus** au cours de son séjour en milieu hospitalier,

■ **le forfait journalier hospitalier*** (sauf pour les assurés* relevant du régime Alsace Moselle* qui n'ont pas à régler ce forfait),

■ **les frais de séjour***,

■ **les transports** pris en charge par le régime obligatoire* en cas d'hospitalisation*.

Elles prennent aussi en charge :

■ les frais engagés par une assurée* **jusqu'à son 43^{ème} anniversaire** pour une tentative de fécondation in vitro (FIV) non prise en charge par le régime obligatoire*,

■ un forfait en cas de naissance ou d'adoption versé lors de l'ajout sur le contrat de l'enfant né ou adopté depuis moins de 3 mois. Il est versé une seule prime par foyer et par enfant, sur la base de la formule de garantie souscrite pour cet enfant.

Nous* ne garantissons pas :

■ **les frais de chambre particulière* résultant de séjours en alcoologie et toxicologie,**

■ **les frais d'accompagnant* résultant des séjours dans un établissement psychiatrique ou neuropsychiatrique (en secteur public ou privé) et de séjours en alcoologie et toxicologie,**

■ **les frais résultant de séjours en établissements médico-sociaux, tels que maisons d'accueil spécialisées, instituts médicopédagogiques, établissements pour personnes âgées ou dépendantes, unités de longs séjours,**

■ **les frais résultant de séjours en maison d'enfants à caractère sanitaire (hormis le forfait journalier* et le ticket modérateur* facturés le cas échéant et non pris en charge par le régime obligatoire*).**

(2) LE BONUS FIDÉLITÉ

Pour les garanties* « **Honoraires hospitaliers** » et « **Chambre particulière et frais multimédia** », chaque assuré* **présent chez MAAF Santé depuis au moins 2 années civiles pleines et consécutives** bénéficie, **au 1^{er} janvier qui suit** :

- d'un pourcentage de prise en charge supplémentaire pour la garantie* « Honoraires hospitaliers » (hors niveau 4 pour les soins et honoraires* des médecins n'ayant pas adhéré à l'un des Dispositifs de Pratique Tarifaire Maîtrisée* et hors niveau 1 dans tous les cas),

- d'un forfait annuel supplémentaire pour la garantie* « Chambre particulière » et « Chambre particulière ambulatoire », hors niveau 1.

Le pourcentage et le forfait restent acquis les années suivantes.

Un nouveau pourcentage de prise en charge se substituant au précédent est accordé pour la garantie* « Honoraires hospitaliers » pour toute présence **d'au moins 4 années civiles pleines et consécutives de l'assuré* chez MAAF Santé** (sur les niveaux 1 et 4, le supplément ne s'applique que pour des soins et honoraires hospitaliers réalisés par des médecins ayant adhéré à l'un des Dispositifs de Pratique Tarifaire Maîtrisée*).

C'est ce nouveau pourcentage qui continuera à s'appliquer les années suivantes.

En plus de ces garanties, vous* bénéficiez de différents services qui sont accessibles **via** votre Espace client MAAF sur maaf.fr.

➔ POUR BIEN COMPRENDRE VOS GARANTIES

➔ POUR VOUS* FAIRE REMBOURSER

Pour toute hospitalisation*, présentez votre attestation de tiers payant* MAAF Santé. Elle vous* évite de faire l'avance de certains frais. Elle a valeur de prise en charge et l'établissement hospitalier n'a aucune démarche à effectuer.

Selon la formule* souscrite, si des prestations* restent à votre charge, vous* devez fournir les documents figurant dans le tableau ci-dessous à MAAF Santé – Chaban de Chauray – 79036 NIORT Cedex 9 pour en obtenir le remboursement.

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

Le décompte du régime obligatoire* n'est pas nécessaire si vous* avez bénéficié de la télétransmission*. Le régime obligatoire* précise sur votre décompte si ce dernier nous* a été transmis. 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 recouvrer 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 le régime obligatoire*

Nature de la prestation*	Justificatifs
■ soins/honoraires* ■ frais de séjour* ■ transport	} Facture acquittée des frais engagés et décompte du régime obligatoire*

Prestations* non prises en charge par le régime obligatoire*

Nature de la prestation*	Justificatifs
■ forfait hospitalier* ■ chambre particulière* et frais multimédia (télévision et accès internet) ■ frais d'accompagnant* ■ aide à la conception	} Facture acquittée de l'établissement hospitalier
■ prime d'adoption	Tout justificatif d'adoption

➔ MODULE OPTIQUE DENTAIRE

OPTIQUE

➔ LES GARANTIES*

Pour les équipements à prise en charge libre* des niveaux 1 à 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 16 ans et plus.

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.

En niveau 5, l'équipement à prise en charge libre est renouvelable une fois par année civile.

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

■ Équipements à prise en charge libre :

Selon la formule* choisie : la garantie lunettes* prend en charge les équipements faisant l'objet d'un remboursement par le régime obligatoire* :

- en niveau 1 : uniquement le ticket modérateur* (quelques centimes d'euros au 01.01.2020),
- en niveaux 2, 3 et 4 : un forfait lunettes* (monture + verres simples ou complexes + traitements),
- en niveau 5 : - chez un opticien Partenaire Santéclair, le remboursement intégral des verres et un forfait maximum monture ;
- chez un autre opticien ou sur internet un forfait lunettes* (monture + verres simples ou complexes + traitements).

POUR BIEN COMPRENDRE VOS GARANTIES

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 sur les niveaux 2-3-4 et d'un remboursement intégral des verres tous traitements sur le niveau 5,
- un forfait basse vision pour l'achat d'équipement d'aide visuelle (loupe, monoculaire et binoculaire) chez un opticien Partenaire Santéclair pour les assurés de 55 ans et plus.

Il est impossible de cumuler le forfait lunettes* chez un opticien Partenaire Santéclair et le forfait lunettes* chez un autre opticien.

Pour les lunettes*, les remboursements effectués par le régime obligatoire* sont inclus dans les forfaits exprimés en euros.

■ 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. La garantie inclut également les équipements Offreclair, sélection d'équipements proposés par les opticiens Partenaire Santéclair. Pour plus de précisions sur ces équipements, vous pouvez solliciter votre opticien Partenaire Santéclair,
- la prestation d'appairage et le supplément pour les verres avec filtre.

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

LE BONUS EN VUE

Chaque assuré peut bénéficier avec les niveaux 2, 3 et 4 d'un **forfait supplémentaire sur les verres** achetés chez un opticien Partenaire Santéclair. Il s'applique si **aucun remboursement de verres ou de monture** pour l'assuré* concerné n'a été effectué au cours des 3 dernières années (les 36 derniers mois) sur son contrat **VIVAZEN**, que les achats aient eu lieu chez un opticien Partenaire Santéclair ou chez un autre opticien ou sur Internet. Le Bonus en vue est versé dans la limite des plafonds du contrat responsable.

■ Autres garanties optiques :

- les lentilles* de contact correctrices prises en charge ou non par le régime obligatoire*,
- la chirurgie réfractive* et les implants oculaires : ils sont remboursés par un seul et même forfait. La chirurgie réfractive* prend en charge les opérations de correction de la myopie, de l'hypermétropie et de l'astigmatie, hors cataracte et presbytie (sont compris les lasers, les actes de chirurgie en découplant et les honoraires* des médecins). Seuls les implants oculaires multifocaux sont concernés par la garantie* (les implants unifocaux liés à la cataracte sont pris en charge au travers du module « Hospitalisation »).

En plus de ces garanties*, vous* bénéficiez de différents services qui sont accessibles **via** votre Espace client MAAF sur maaf.fr.

POUR VOUS* FAIRE REMBOURSER

Avant toute dépense, pensez à présenter votre attestation de tiers payant* MAAF Santé. Elle peut vous* éviter l'avance de certains frais auprès des professionnels de la santé qui l'acceptent et avec lesquels MAAF Santé a des accords.

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 figurant dans le tableau ci-dessous à MAAF Santé – Chaban de Chauray – 79036 NIOIRT Cedex 9 pour en obtenir le remboursement.

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

Le décompte du régime obligatoire* n'est pas nécessaire si vous* avez bénéficié de la télétransmission*. Le régime obligatoire* précise sur votre décompte si ce dernier nous* a été transmis. 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 recouvrer 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.

➔ POUR BIEN COMPRENDRE VOS GARANTIES

Si vous n'avez pas bénéficié du tiers payant* sur la part complémentaire :

Prestations* prises en charge par le régime obligatoire*	
Nature de la prestation*	Justificatifs
■ lunettes*	■ Décompte du régime obligatoire* + 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 +) ■ En cas de tiers payant* sur la part du régime obligatoire* uniquement, idem ci-dessus + facture détaillée et acquittée
■ lentilles*	■ Décompte du régime obligatoire* ■ En cas de tiers payant* sur la part du régime obligatoire* uniquement, décompte du régime obligatoire* + facture détaillée et acquittée

Prestations* non prises en charge par le régime obligatoire*	
Nature de la prestation*	Justificatifs
■ lentilles* ■ basse vision (achat loupe, monoculaire et binoculaire)	} Facture de l'opticien
■ chirurgie réfractive*/implants oculaires	Facture de la clinique

DENTAIRE

➔ LES GARANTIES*

Les garanties* dentaires prennent en charge, selon la formule* choisie :

■ les soins :

- les soins dentaires,
- les inlays-onlays*,
- la parodontie* non prise en charge par le régime obligatoire*,

■ les prothèses à prise en charge libre* :

- les couronnes définitives et bridges pris en charge par le régime obligatoire*. Le forfait s'applique également pour le remboursement des couronnes sur implant* prises en charge par le régime obligatoire*,
- les prothèses amovibles définitives prises en charge par le régime obligatoire*,
- les autres prothèses prises en charge ou non par le régime obligatoire* (inlays-cores*, prothèses provisoires...),
- les implants* : le remboursement est limité à l'implant* dentaire par le versement d'un forfait global pour la racine et le pilier implantaire même si les soins sont réalisés sur deux années civiles. **Les actes pré-implantatoires (scanners...) ne sont pas pris en charge.** La couronne sur implant* est remboursée au titre de la garantie* couronnes et bridges si elle est prise en charge par le régime obligatoire*. Dans le cas contraire, elle sera remboursée par la garantie* « Autres prothèses dentaires remboursées ou non par le régime obligatoire* »,

■ 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,

■ l'orthodontie*

- l'orthodontie* prise en charge par le régime obligatoire*. Le traitement orthodontique est composé de différentes phases (bilan orthodontique, semestres de traitement, période de contention...). Le forfait indiqué dans vos garanties* est versé pour chaque semestre de traitement. Si, à l'issue de cette phase, l'enfant a besoin d'une période de contention afin de consolider le résultat obtenu, le forfait s'appliquera également pour chaque année de contention,
- les autres actes, tels que le bilan orthodontique ou les séances de surveillance par exemple, sont garantis à hauteur de 100 % de la base de remboursement*, quel que soit le niveau de garantie*,
- l'orthodontie non prise en charge par le régime obligatoire* : versement d'un forfait annuel.

Les forfaits exprimés en euros s'ajoutent aux remboursements effectués par le régime obligatoire*.

LE BONUS FIDÉLITÉ

Pour les **couronnes dentaires définitives et les bridges**, chaque assuré* **présent chez MAAF Santé depuis au moins 2 années civiles pleines et consécutives** bénéficie, au **1^{er} janvier qui suit, d'un forfait supplémentaire par prothèse hors niveau 1**. Ce forfait reste acquis les années suivantes.

Le bonus fidélité s'intègre dans le plafond annuel dentaire.

➔ POUR BIEN COMPRENDRE VOS GARANTIES

➔ (4) PRÉCISIONS IMPORTANTES SUR LE PLAFOND DENTAIRE

Pour les garanties suivantes :

- parodontie non prise en charge par le régime obligatoire*,
- prothèses à prise en charge libre*,
- orthodontie*,
- soins et prothèses 100 % santé*,

l'ensemble des remboursements MAAF Santé (hors ticket modérateur) s'intègre dans un plafond annuel dont le montant varie selon le niveau souscrit.

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*.

	NIVEAU 1	NIVEAU 2	NIVEAU 3	NIVEAU 4	NIVEAU 5
Plafond dentaire annuel par assuré	-	500 €	1 000 €	1 500 €	2 000 €

En plus de ces garanties*, vous* bénéficiez de différents services qui sont accessibles *via* votre Espace client MAAF sur maaf.fr.

➔ POUR VOUS* FAIRE REMBOURSER

Avant toute dépense, pensez à présenter votre attestation de tiers payant* MAAF Santé. Elle peut vous* éviter l'avance de certains frais auprès des professionnels de la santé qui l'acceptent et avec lesquels MAAF Santé a des accords.

Si vous* n'avez pas bénéficié du tiers payant* sur la part complémentaire et que des prestations* restent à votre charge, selon la formule* souscrite, vous* devez fournir les documents figurant dans le tableau ci-dessous à MAAF Santé – Chaban de Chauray – 79036 NIORT Cedex 9 pour en obtenir le remboursement.

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

Le décompte du régime obligatoire* n'est pas nécessaire si vous* avez bénéficié de la télétransmission*. Le régime obligatoire* précise sur votre décompte si ce dernier nous* a été transmis. 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 recouvrer 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.

Si vous n'avez pas bénéficié du tiers payant* sur la part complémentaire :

Prestations* prises en charge par le régime obligatoire*	
Nature de la prestation*	Justificatifs
■ couronnes définitives et bridges ■ prothèses amovibles ■ orthodontie*	■ Décompte du régime obligatoire* ■ En cas de tiers payant* sur la part du régime obligatoire* uniquement, décompte du régime obligatoire* + facture détaillée et acquittée

Prestations* non prises en charge par le régime obligatoire*	
Nature de la prestation*	Justificatifs
■ autres prothèses ■ implants* (racine et pilier) ■ orthodontie* ■ parodontie*	■ Facture du praticien

Le dentiste conseil de notre Partenaire peut être amené, à tout moment, à compléter son information en vous* demandant de lui adresser des documents médicaux spécifiques.

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

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 L.221-3 du Code de la mutualité, au profit des assurés, à jour de leurs cotisations.

Les garanties d'assistance 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.

Ces garanties sont des garanties d'assurance relevant de la branche 18 (Assistance) de l'article R. 321-1 du Code des assurances.

MAAF Assurances SA a confié la gestion des garanties d'assistance à FIDELIA ASSISTANCE, Société anonyme au capital social de 21 593 600 euros entièrement libéré, dont le siège social est situé au 26 Quai Carnot 92210 SAINT-CLOUD, immatriculée au RCS de Nanterre 377 768 601.

Les assurés (et leurs ayants droit) bénéficiant des garanties Frais de santé sont affiliés obligatoirement au dit contrat collectif souscrit par MAAF Santé auprès de MAAF Assurances SA.

Le montant de la cotisation afférente aux garanties d'assistance est inclus dans le montant de la cotisation des garanties Frais de santé.

II. PRISE D'EFFET, DURÉE, MODIFICATION DES GARANTIES D'ASSISTANCE

Le contrat collectif conclu entre MAAF Santé et MAAF Assurances SA prend effet le 1^{er} janvier 2025 pour une durée déterminée allant jusqu'au 31 décembre 2025. 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 constituent un accessoire par rapport auxdites garanties Frais de Santé.

De ce fait, elles ne peuvent être souscrites et perdurer que pour autant que les garanties Frais de santé soient effectivement souscrites par l'assuré et restent en vigueur.

Les garanties d'assistance suivent le sort d'une part, des garanties Frais de santé 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 prennent donc fin :

- en cas de résiliation des garanties Frais de santé
- 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 de la résiliation du contrat collectif conclu avec MAAF Assurances SA.

III. SUBROGATION

Après intervention des garanties assistance, MAAF Assurances SA est subrogée dans les droits et actions de l'assuré ou de ses ayants droit victimes d'un accident corporel pour agir contre le tiers responsable, c'est-à-dire que MAAF Assurances SA dispose auprès du responsable d'une action en remboursement, à concurrence de la part d'indemnités qu'elle a versée.

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

LES PRESTATIONS D'ACCOMPAGNEMENT	p. 19
Prestations à domicile	p. 19
● Aide à domicile	p. 19
● Aide à domicile en cas de coups durs	p. 19
● Venue d'un proche	p. 19
● Livraison de médicaments	p. 19
● Services (portage d'espèces, de repas, de courses)	p. 20
● Relais maternité	p. 20
Assistance enfants	p. 21
● Prise en charge des enfants de moins de 16 ans	p. 21
● Garde à domicile des enfants malades ou accidentés de moins de 16 ans	p. 21
● Garde des autres enfants vivant au domicile	p. 22
Relais parents dépendants	p. 22
● Prise en charge des parents	p. 22
Garde des animaux de compagnie	p. 22
● Prise en charge des animaux de compagnie	p. 22
Soutien psychologique	p. 23
● Assistance psychologique	p. 23
● Assistance psychologique maternité	p. 23
Relais administratif pour les TNS et leur conjoint collaborateur	p. 24
● Remplacement pour la gestion administrative	p. 24
● Communication vers les clients et/ou fournisseurs	p. 24
LES PRESTATIONS ORIENTATION-INFORMATION	p. 24
Orientation	p. 24
● Aide aux démarches	p. 24
Information	p. 25
● Allo infos bébé	p. 25
● Conseils santé	p. 26

➔ ASSISTANCE SANTÉ À DOMICILE

➔ 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.

Aidant

Personne physique, ayant la qualité d'assuré*, qui assiste un proche dans la prise en charge de son état de dépendance.

Assuré

Personne physique au profit de laquelle la complémentaire santé a été souscrite et qui doit être désignée aux conditions particulières.

Bénéficiaire

Le sociétaire et son conjoint assuré* ou non, leurs enfants, assurés* ou non, vivant sous le même toit ainsi que leurs ascendants (le père ou la mère du sociétaire ou de son conjoint), assurés* ou non, **vivant sous le même toit**.

Conjoint(e)

Époux(se), pacsé(e), concubin(e)

Proches

Les ascendants et descendants au 1^{er} degré, le conjoint, les frères, les sœurs, le beau-père, la belle-mère, le gendre, la belle-fille, le beau-frère et la belle-sœur de l'assuré* ou à défaut toute autre personne désignée par l'assuré*.

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 ambulatoire

Hospitalisation programmée pour des actes chirurgicaux réalisés dans des conditions techniques nécessitant impérativement la sécurité d'un bloc opératoire, sous une anesthésie adaptée suivie d'une surveillance postopératoire de réveil permettant, sans risque avéré, la sortie du patient le jour même, sans nuitée. Elle est obligatoirement suivie d'une immobilisation au domicile. Elle ne peut pas être réalisée au sein d'un cabinet médical.

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*).

Immobilisation au domicile

Incapacité d'accomplir seul au moins 2 des 4 actes de la vie quotidienne (se laver, s'habiller, s'alimenter, se déplacer) médicalement constatée et attestée à la suite d'une maladie non chronique ou d'un 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.

Maladies graves

- 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, reins)

Souscripteur

Personne qui souscrit le contrat

Traitements médicaux lourds

- trithérapie
- quadrithérapie
- chimiothérapie (y compris à domicile)
- radiothérapie

➔ LA MISE EN JEU DE LA GARANTIE ASSISTANCE

- L'évènement 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 ».
- Lorsque l'assuré* réside en France Métropolitaine, 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 1^{ère} classe. Dans le cas contraire, il sera remis un billet d'avion classe économique. Lorsque l'assuré* réside dans un Département ou Région d'Outre-Mer, tous les déplacements s'entendent dans le même département. MAAF Assistance proposera le moyen de transport le mieux adapté.
- 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.
- **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'évènement 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'évènements 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.**

→ ASSISTANCE SANTÉ À DOMICILE

📌 LE CONTENU DES GARANTIES

📌 LES PRESTATIONS D'ACCOMPAGNEMENT PRESTATIONS À DOMICILE

● Aide à domicile

Nature de la garantie	Événements déclencheurs
Cette garantie prévoit la mise à disposition d'une aide ménagère. La durée d'application de cette garantie est déterminée en fonction de l'état de santé et/ou de la situation de famille de l'assuré*, par le service médical de MAAF Assistance. La prise en charge ne pourra dépasser 20 heures réparties sur un mois à concurrence de 2 heures minimum par jour. Elle peut avoir lieu : ■ soit pendant l'hospitalisation* ou l'immobilisation* de l'assuré pour aider les autres bénéficiaires*. L'aide ménagère pourra ainsi assurer, les jours ouvrés, tout ou partie de l'entretien courant du foyer, faire les achats quotidiens ou encore préparer les repas ; ■ soit au retour de l'assuré au domicile.	Cette prestation intervient lorsque l'assuré adulte est concerné par : ■ une hospitalisation* d'une nuit au moins consécutive à une maladie* ou à un accident corporel*, ■ une chirurgie pratiquée en hospitalisation ambulatoire* consécutive à une maladie* ou à un accident corporel*, entraînant une immobilisation* au domicile d'au moins 6 jours, ■ un séjour en maternité d'au moins 6 jours, ■ une immobilisation* soudaine et imprévue au domicile d'au moins 6 jours. En cas de décès de l'assuré*, cette prestation est également mise en œuvre pour les bénéficiaires*.

● Aide à domicile en cas de coups durs

Nature de la garantie	Événements déclencheurs
La durée d'application de cette garantie est déterminée en fonction de l'état de santé et/ou de la situation de famille de l'assuré, par le service médical de MAAF Assistance. Elle ne pourra dépasser 100 heures réparties sur 12 mois, à raison de 2 heures minimum par intervention.	Cette garantie est accessible à l'assuré adulte en cas de maladies graves ou de traitements médicaux lourds tels que définis en page précédente.

● Venue d'un proche

Nature de la garantie	Événements déclencheurs
MAAF Assistance prend en charge un titre de transport aller/retour pour le déplacement d'un proche désigné par le souscripteur assuré ou son conjoint assuré et l'hébergement jusqu'à 2 nuits à concurrence de 100 € (petit-déjeuner inclus). Les frais de nourriture et annexes ne sont pas pris en charge.	Cette prestation s'applique en cas : ■ d'hospitalisation soudaine et imprévue d'au moins 3 jours d'un assuré, ■ d'immobilisation soudaine et imprévue au domicile d'au moins 6 jours pour un adulte assuré et d'au moins 3 jours pour les enfants assurés de moins de 16 ans.

● Livraison de médicaments

Nature de la garantie	Événements déclencheurs
Sur appel de l'assuré, MAAF Assistance organise et prend en charge l'acheminement jusqu'à 12 livraisons réparties sur 12 mois, au domicile de l'assuré, des médicaments prescrits et indispensables au traitement immédiat de celui-ci, y compris la nuit, les samedis, les dimanches et jours fériés, si l'assuré est dans l'incapacité physique de se déplacer, conséquence directe de l'affection en cause, le tout médicalement constaté et attesté. Cette garantie s'applique si l'assuré ne peut faire intervenir aucun membre de son entourage. MAAF Assistance n'est pas tenue à l'exécution de ces obligations si dans un rayon maximum de 50 km autour du domicile de l'assuré, le ou les médicaments concernés ne seraient pas disponibles. Le coût du (ou des) médicament(s) est pris en charge financièrement par l'assuré.	Cette prestation est mise en œuvre lorsqu'un assuré est concerné par : ■ une hospitalisation soudaine et imprévue dès le 1^{er} jour, ■ un 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 assurés de moins de 16 ans, ■ une maladie grave, ■ un traitement médical lourd.

➔ ASSISTANCE SANTÉ À DOMICILE

● Services (portage d'espèces, de repas, de courses)

Portage d'espèces

Nature de la garantie	Événements déclencheurs
Lorsque l'assuré ne dispose plus d'espèces et que ni l'assuré ni son entourage ne sont en mesure d'aller en chercher, MAAF Assistance prend en charge : ■ le déplacement aller/retour de l'assuré vers l'établissement bancaire le plus proche du domicile (1 fois par mois), - ou ■ le portage des espèces par un prestataire agréé, contre reconnaissance de dette (avance de 200 € maximum remboursables dans un délai de 2 mois).	Cette prestation intervient lorsque l'assuré adulte est immobilisé à son domicile suite à une maladie grave ou en cas de traitements médicaux lourds.

Livraison de repas

Nature de la garantie	Événements déclencheurs
Si l'assuré n'est pas en mesure de préparer ses repas ou de les faire préparer par un proche, MAAF Assistance organise la livraison des repas à domicile dans la limite de 30 livraisons sur 12 mois.	Cette prestation intervient lorsque l'assuré adulte est immobilisé à son domicile suite à une maladie grave ou en cas de traitements médicaux lourds.

Livraison de courses

Nature de la garantie	Événements déclencheurs
Lorsque ni l'assuré ni son entourage ne sont en mesure de faire les courses, MAAF Assistance prend en charge : ■ le déplacement aller/retour d'une personne pour faire les courses selon une liste établie par l'assuré au centre commercial le plus proche du domicile (12 déplacements répartis sur 12 mois), - ou ■ les frais de livraison d'une commande à domicile (30 livraisons maximum sur 12 mois).	Cette prestation intervient lorsque l'assuré adulte est immobilisé à son domicile suite à une maladie grave ou en cas de traitements médicaux lourds.

● Relais maternité

Nature de la garantie	Événements déclencheurs
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 ou vés 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).	Cette prestation s'applique en cas de naissance multiple ou d'hospitalisation de l'assurée d'au moins 6 jours en maternité.

ASSISTANCE ENFANTS

● Prise en charge des enfants de moins de 16 ans

Nature de la garantie	Événements déclencheurs
■ MAAF Assistance prend en charge un titre de transport aller/retour pour le déplacement d'un proche désigné par le souscripteur assuré ou son conjoint assuré pour les garder à domicile, ou ■ MAAF Assistance prend en charge un titre de transport aller/retour pour le déplacement des enfants ainsi que d'un adulte les accompagnant auprès de proches susceptibles de les accueillir. 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 prend en charge : ■ la garde à domicile ou le transfert des enfants et leur garde chez une assistante maternelle dans la limite de 30 heures réparties sur un mois à compter de l'événement, ■ la conduite des enfants valides à l'école ou à leurs activités extrascolaires et leur retour au domicile par une personne habilitée par nos soins, 1 trajet aller et 1 trajet retour par jour, dans la limite de 10 trajets, répartis sur un mois, dans la limite de 50 km par trajet (lorsqu'aucun proche ne peut se rendre disponible).	Cette prestation est mise en œuvre lorsqu'un adulte assuré est concerné par : ■ une hospitalisation soudaine et imprévue dès le 1^{er} jour, ■ un séjour en maternité d'au moins 6 jours, ■ une immobilisation soudaine et imprévue au domicile d'au moins 6 jours, ■ un traitement médical lourd, ■ un traitement par chimiothérapie et radiothérapie. Cette prestation est également mise en œuvre en cas de décès d'un adulte assuré.

● Garde des enfants malades ou accidentés de moins de 16 ans

Nature de la garantie	Événements déclencheurs
Cette prestation ne s'applique qu'au-delà des journées dues par l'employeur. MAAF Assistance prend en charge : ■ un titre de transport pour le déplacement aller/retour d'un proche désigné par le souscripteur assuré ou son conjoint assuré pour garder les enfants malades ou accidentés à domicile, ou ■ MAAF Assistance prend en charge un titre de transport aller/retour pour le déplacement des enfants ainsi que d'un adulte les accompagnant auprès de proches susceptibles de les accueillir. 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 les solutions ci-dessus ne peuvent convenir, MAAF Assistance prend en charge la garde des enfants à domicile jusqu'à 30 heures réparties sur 1 mois par un intervenant qualifié.	Cette prestation intervient en cas d'immobilisation soudaine et imprévue au domicile d'au moins 3 jours des enfants assurés de moins de 16 ans.

ASSISTANCE SANTÉ À DOMICILE

● Garde des autres enfants vivant au domicile

Nature de la garantie	Événements déclencheurs
Si l'état de santé de l'enfant nécessite la présence d'une personne à son chevet et si ni le souscripteur assuré, ni son conjoint assuré ne peuvent s'occuper des autres enfants de moins de 16 ans, MAAF Assistance organise et prend en charge : ■ un déplacement aller/retour d'un proche désigné par l'assuré ou son conjoint pour les garder à domicile, ou ■ un déplacement aller/retour des enfants ainsi que d'un adulte les accompagnant auprès de proches susceptibles de les accueillir. 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 de ces solutions ci-dessus ne peut convenir à l'assuré, MAAF Assistance organise et prend en charge la garde des enfants au domicile par un intervenant autorisé à garder des enfants selon les disponibilités locales, dans la limite de 20 heures réparties sur 3 jours ouvrés consécutifs à compter de la date de l'événement.	Cette prestation est mise en œuvre si un enfant de l'assuré est hospitalisé de manière soudaine et imprévue par suite de maladie ou d'accident corporel et ce, dès le 1^{er} jour.

RELAIS PARENTS DÉPENDANTS

● Prise en charge des parents

Nature de la garantie	Événements déclencheurs
MAAF Assistance prend en charge les ascendants dépendants du souscripteur assuré ou de son conjoint assuré (vivant ou pas à leur domicile), lorsque leur état ne leur permet pas d'accomplir seuls les tâches de la vie quotidienne. Cette prestation est mise en œuvre selon les modalités suivantes : ■ MAAF Assistance prend en charge un titre de transport aller/retour pour le déplacement d'un proche désigné par le souscripteur assuré ou son conjoint assuré pour s'occuper de l'ascendant dépendant au domicile, ou ■ MAAF Assistance prend en charge un titre de transport aller/retour pour le déplacement des ascendants dépendants auprès de proches susceptibles de les accueillir, ou ■ MAAF Assistance prend en charge la garde au domicile des ascendants dépendants, dans la limite de 30 heures, réparties sur 1 mois à compter de l'événement.	Cette prestation s'applique lorsque : ■ le souscripteur assuré ou le conjoint assuré est aidant d'un ascendant dépendant (le père ou la mère du souscripteur ou de son conjoint) et, à la suite : ■ d'une hospitalisation soudaine et imprévue du souscripteur assuré ou de son conjoint assuré, dès le 1^{er} jour, ■ d'une immobilisation soudaine et imprévue au domicile d'au moins 6 jours du souscripteur assuré ou de son conjoint assuré, ■ d'un traitement médical lourd subi par le souscripteur assuré ou son conjoint assuré, ■ d'un traitement par chimiothérapie et radiothérapie. Cette prestation est également mise en œuvre en cas de décès du souscripteur assuré ou de son conjoint assuré.

GARDE DES ANIMAUX DE COMPAGNIE

● Prise en charge des animaux de compagnie

Nature de la garantie	Événements déclencheurs
MAAF Assistance organise le transport et l'hébergement des animaux de compagnie et prend en charge le coût pour une période de 30 jours maximum. Sont considérés comme animaux de compagnie les chiens, chats (à jour de leur vaccination), volatiles et poissons rouges, tortues d'aquarium, lapins domestiques, cochons d'Inde, hamsters et petites souris.	Cette prestation intervient lorsque le souscripteur assuré ou son conjoint assuré est concerné par : ■ une hospitalisation soudaine et imprévue dès le 1^{er} jour, ■ une immobilisation soudaine et imprévue au domicile d'au moins 6 jours. Cette prestation est également mise en œuvre en cas de décès du souscripteur assuré ou de son conjoint assuré.

SOUTIEN PSYCHOLOGIQUE

● Assistance psychologique

Nature de la garantie	Événements déclencheurs
■ 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 À la suite de cette première consultation et selon le diagnostic établi, l'assuré peut bénéficier de 3 nouvelles consultations maximum effectuées soit par téléphone auprès du même psychologue, soit au cabinet d'un psychologue clinicien agréé par MAAF Assistance, proche du domicile de l'assuré (pour les assurés résidant en Métropole seulement) ou, sur sa demande, auprès d'un psychologue de son choix. MAAF Assistance prend en charge le coût des consultations. Dans le cas d'un suivi chez un psychologue de son choix, MAAF Assistance rembourse l'assuré sur justificatifs, 3 consultations maximum dans la limite de 52 € par consultation. Dans tous les cas, les frais de transport pour se rendre chez le psychologue restent à la charge de l'assuré. 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.	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 accident corporel ou une maladie grave donnant lieu à l'achat d'un fauteuil roulant, ■ un 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, ■ un décès.

● Assistance psychologique maternité

Nature de la garantie	Événements déclencheurs
■ Accueil et consultation psychologique MAAF Assistance met à la disposition de l'adulte 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 À la suite de cette première consultation, et selon le diagnostic établi, l'assuré peut bénéficier de 3 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 (pour les assurés résidant en Métropole seulement) 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 frais de transport pour se rendre chez le psychologue restent à la charge de l'assuré. 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. 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.	MAAF Assistance intervient lorsque l'un des 2 parents assurés au contrat 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.

RELAIS ADMINISTRATIF POUR LES TRAVAILLEURS NON SALARIÉS ET LEUR CONJOINT COLLABORATEUR

● Remplacement pour la gestion administrative

Nature de la garantie	Événements déclencheurs
Une aide pour assurer la continuité de la gestion administrative de l'entreprise peut être accordée à compter du 16^{ème} jour d'interruption d'activité. MAAF Assistance aide à la recherche d'un intérimaire, sur simple appel téléphonique du lundi au vendredi, de 9h à 18h. Après avoir vérifié les disponibilités de la personne susceptible de répondre aux critères établis par l'assuré, 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 pour venir en aide à l'assuré dans la gestion administrative.	Cette prestation s'applique en cas d'accident corporel ou de maladie de l'assuré Travailleur Non Salaré ou du conjoint collaborateur assuré ayant entraîné une interruption de leur activité de plus de 15 jours.

● Communication vers les clients et/ou les fournisseurs

Nature de la garantie	Événements déclencheurs
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.	Cette prestation s'applique en cas d'accident corporel ou de maladie de l'assuré Travailleur Non Salaré ou du conjoint collaborateur assuré ayant entraîné une interruption de l'activité de plus de 15 jours.

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 ou des renseignements communiqués.

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.

➔ LES PRESTATIONS D'ORIENTATION ET D'INFORMATION

ORIENTATION

● Aide aux démarches

Nature de la garantie	Événements déclencheurs
Sur simple appel, MAAF Assistance oriente les assurés vers les services appropriés (organismes sociaux, démarches auprès de l'employeur, caisses d'allocations familiales, aide sociale, aide aux handicapés...) et transmet les messages urgents à la famille.	Cette prestation est mise en oeuvre lorsqu'un assuré est concerné par : ■ une hospitalisation soudaine et imprévue dès le 1^{er} jour, ■ un 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, ■ une maladie grave, ■ un traitement médical lourd, ■ un événement traumatisant, ■ un accident corporel ou une maladie grave donnant lieu à l'achat d'un fauteuil roulant. Cette prestation est également mise en oeuvre en cas de décès de l'adulte assuré.

INFORMATION

● Allo infos bébé

Nature de la garantie	Événements déclencheurs
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.	Cette prestation s'applique en cas de naissance d'un enfant de l'assuré.

● Conseils Santé

Information

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 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	Événements déclencheurs
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.	Ces prestations sont mises en œuvre lorsqu'un assuré est concerné par : ■ une maladie ou un accident corporel précédant une hospitalisation, ■ une hospitalisation.
■ Conseils après une chute pour un adulte assuré de 55 ans et plus L'équipe de Médecins de MAAF Assistance : - informe sur les suites post-opératoires 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.	Cette prestation est mise en œuvre en cas de chute d'un adulte assuré de 55 ans et plus.

➔ GARANTIES D'ASSISTANCE

« AIDE AUX AIDANTS »

➔ 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

État 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 dans 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.

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.

GARANTIES D'ASSISTANCE

« AIDE AUX AIDANTS »

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'œuvre dans les travaux qui pourraient être effectués.

GARANTIES D'ASSISTANCE

« AIDE AUX AIDANTS »

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 client 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

📍 L'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*.

📅 L'ENTRÉE EN VIGUEUR ET LA DURÉE DE VOTRE CONTRAT

Votre contrat est valable à compter de la date d'effet indiquée sur les conditions particulières.

Cette date se situe au plus tôt le lendemain de la date de la signature du bulletin d'adhésion.

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 vous* dans les conditions prévues p. 32.

En cas de non-paiement des cotisations, votre contrat peut être résilié par nous* dans les conditions prévues page 32.

Les frais relatifs aux soins effectués antérieurement à la date de prise d'effet du contrat ou postérieurement à la date de cessation des garanties* ne sont pas pris en charge.

📋 L'OUVERTURE DES DROITS

Pour le module « Soins courants », quel que soit le niveau souscrit, les garanties* s'appliquent immédiatement.

Pour les modules « Hospitalisation » et « Optique – Dentaire », en cas de maladie :

- si vous* souscrivez un niveau 1 ou 2, les garanties* s'appliquent immédiatement,
- si vous* souscrivez un niveau 3, 4 ou 5, pendant les 6 premiers mois, les garanties* s'appliquent sur la base du niveau de garantie* immédiatement inférieur au niveau souscrit, soit :
 - sur la base du niveau 2 si le niveau 3 est souscrit
 - sur la base du niveau 3 si le niveau 4 est souscrit
 - sur la base du niveau 4 si le niveau 5 est souscrit.

Les garanties* sont à effet immédiat en cas d'accident corporel.

🔄 LES MODIFICATIONS DE GARANTIE*

Dispositions communes

Toute modification (à la hausse ou à la baisse) doit concerner tous les assurés* d'un même groupe (ascendants ou descendants).

Modifications à la hausse

Les assurés* d'un même groupe peuvent, à tout moment, modifier leurs garanties* à la hausse, en respectant les principes de souscription définis page 4. Est considérée comme une hausse de garantie une formule* dont au moins un module augmente de niveau et ce, quelle que soit l'évolution des autres modules (baisse ou stabilité).

La prise d'effet des nouvelles garanties* a lieu au plus tôt le lendemain de la date de signature de la demande de modification sauf si un assuré* choisit un niveau 3, 4 ou 5 pour les modules « Hospitalisation » et/ou « Optique – Dentaire ». **Dans ce cas, les garanties* s'appliquent sur la base du niveau inférieur pendant les 6 premiers mois suivant la modification.**

Modifications à la baisse

Les assurés* d'un même groupe peuvent modifier leurs garanties* à la baisse après 12 mois de présence dans la formule* précédemment souscrite, en respectant les principes de souscription définis page 4. Est considérée comme une baisse de garantie une formule* dont au moins un module diminue de niveau et les autres modules restent stables ou diminuent également.

De nouvelles conditions particulières indiquant la date d'effet et les nouvelles conditions du contrat vous* sont remises.

➕ L'AJOUT D'UN ASSURÉ*

La date d'effet de l'ajout d'un assuré* est indiquée sur les conditions particulières. Cette date se situe au plus tôt le lendemain de la date de signature de la demande de l'ajout de l'assuré*.

Exceptions :

- **Pour un nouveau-né : MAAF Santé peut accepter un effet rétroactif à la date de naissance uniquement si la demande est faite dans les 3 mois qui suivent cette naissance.**
- **Pour une adoption : un effet rétroactif à la date de l'adoption est possible uniquement si la demande est faite dans les 3 mois qui suivent cette adoption.**

Le nouvel assuré* doit souscrire la même formule* que les autres assurés* du groupe auquel il est rattaché (ascendants ou descendants).

LE RETRAIT D'UN ASSURÉ*

Le retrait d'un assuré* peut être effectué :

- à l'échéance* annuelle, quel que soit le motif
- en cours d'année en cas :
 - de décès (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),
 - de départ à l'étranger (sur présentation d'un justificatif attestant de ce départ),
 - de changement de situation (divorce, séparation, enfant quittant le foyer fiscal - sur présentation de tout document attestant du changement).

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

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 1^{er} janvier au 31 décembre.

À 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 nous être retournée.

LA 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 1^{er} janvier de l'année du renouvellement. Les assurés* sont classés en plusieurs tranches d'âges : une tranche unique de 0-16 ans, puis âge par âge de 17 à 74 ans et une tranche unique de 75 ans et plus.

Des réductions sont accordées si plusieurs assurés* bénéficient du contrat. Elles concernent le conjoint du souscripteur* assuré et leur(s) enfant(s) jusqu'à 24 ans inclus. 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 1^{er} 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 1^{er} janvier et au 1^{er} juillet,
- paiement trimestriel, les échéances de paiement sont fixées au 1^{er} janvier, 1^{er} avril, 1^{er} juillet et 1^{er} octobre,
- paiement mensuel en 12 fois, de janvier à décembre.

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

Paieement 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 1^{er} janvier, vous* recevez votre avis d'échéance précisant les montants et dates des échéances de la nouvelle année.

LA VIE DU CONTRAT

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.

LES MODIFICATIONS DU CONTRAT DU FAIT DE MAAF SANTÉ

Les montants ou les taux de cotisations et de prestations* peuvent être modifiés du fait de MAAF Santé sur décision du Conseil d'administration qui bénéficie d'une délégation de l'Assemblée générale.

La modification du contrat a lieu à l'échéance* principale, hormis dans le cas d'une évolution de la réglementation. Dans ce dernier cas, la modification prend effet au 1^{er} du mois suivant l'évolution.

Dans tous les cas, MAAF Santé a l'obligation d'informer ses souscripteurs de la modification qui s'applique alors à tous les assurés* qui disposent d'un délai de résiliation de 30 jours.

LA RÉSILIATION

VOUS POUVEZ DÉNONCER LE RENOUELEMENT 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). La notification doit indiquer 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 :

- 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.

LA 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.

LA SUBROGATION

Après remboursement des prestations* de soins dues en fonction des garanties*, MAAF Santé 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 MAAF Santé dispose auprès du responsable d'une action en remboursement, à due concurrence de la part d'indemnités qu'elle a versée.

LA 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 MAAF Santé 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 MAAF Santé 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 assurés sont les ayants droit du membre participant décédé.

Pour les contrats d'assurance sur la vie, nonobstant les dispositions du 2°, les actions du bénéficiaire sont prescrites au plus tard trente ans à compter du décès du membre participant.

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 ou d'un envoi recommandé électronique avec accusé de réception adressée par MAAF Santé 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 MAAF Santé 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.

LES DISPOSITIONS GÉNÉRALES SUR VOS DROITS

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 (<https://acpr.banque-france.fr/>).

LE 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 invité 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.

→ LES DISPOSITIONS GÉNÉRALES SUR VOS DROITS

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 DISEPOSEZ ?

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 vos données ;
 - 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 » protection des données personnelles MAAF Assurances SA Chauray 79036 Niort Cedex

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.

→ LES DISPOSITIONS GÉNÉRALES SUR VOS DROITS

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 réglementaire).

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 : deleguealaprotectiondesdonnees@covea.fr, ou par courrier : Délégué à la Protection des Données - 86-90 rue St Lazare 75009 Paris.

→ 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 14 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 ou par l'envoi d'un recommandé électronique. 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 numéro ----- (indiquer les références du contrat figurant sur les conditions particulières), souscrit le ----- ».

→ LE DÉMARCHAGE

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 ou par l'envoi d'un recommandé électronique pendant le délai de 14 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 ou de votre courrier électronique. 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 ----- ».

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

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.

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

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

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

Synonymes : matériel médical, dispositifs médicaux (DM).

Assuré : personne physique au profit de laquelle la complémentaire santé a été souscrite et qui doit être désignée aux conditions particulières.

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** 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** 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 à la base de remboursement d'un professionnel conventionné,
- **tarif de responsabilité** pour les médicaments*, appareillages* et autres biens médicaux.

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 les complémentaires santé.

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 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 L.871-1 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 thermique 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 du 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 (HLF) 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 applicable aux consultations et à certains examens médicaux,
- les franchises* applicables sur les médicaments*, les actes paramédicaux et les frais de transport.

Cylindre : c'est la valeur de l'astigmatisme, il est noté entre parenthèses sur une ordonnance.

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 Maîtrisé* 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 et anesthésie (OPTAM-ACO).

Échéance : 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 Vivazen.

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.

Force majeure : c'est un événement exceptionnel auquel on ne peut faire face. L'événement doit être :

- imprévisible : il ne peut pas être prévu et est donc inévitable
- irrésistible : il est insurmontable
- extérieur : il doit être extérieur à la personne mise en cause.

Forfait journalier hospitalier : somme due pour tout séjour hospitalier dans un établissement de santé (sauf pour les assurés* relevant du régime local 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).

Formule : assemblage de garanties* formant la couverture complémentaire d'un assuré*. Les formules résultent du choix d'une combinaison de niveaux de garanties* en « Soins courants », « Hospitalisation », « Optique – Dentaire », par groupe d'assurés « ascendants – descendants ».

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.

Franchise médicale : somme déduite des remboursements effectués par l'assurance maladie obligatoire sur les médicaments*, les actes paramédicaux et les transports sanitaires.

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.

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 1^{er} jour du 6^e mois de grossesse et jusqu'au 12^e 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 « solidaire et responsable ».

G**arantie** (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.

H**onoraires :** 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.

I**mplantologie dentaire :** elle 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. 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.

Inlays-cores : aussi appelés « faux-moignon », ce sont des reconstitutions corono-radicales métalliques coulées utilisées pour reconstituer une dent très délabrée et dévitalisée.

Inlay-onlay : traitement prothétique permettant de reconstruire la dent tout en la gardant vivante en cas de caries importantes.

L**entilles :** 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 antirayures, verres incassables...).

Le remboursement de l'assurance maladie obligatoire est très inférieur aux dépenses réelles.

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

M**édicament :** 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.

Un médicament doit avoir fait l'objet d'une autorisation de mise sur le marché (AMM).

Les médicaments disponibles en pharmacie sont classés en cinq catégories correspondant à différents niveaux de prise en charge par l'assurance maladie obligatoire.

Les prix de certains médicaments sont libres et peuvent varier d'une pharmacie à l'autre. Ils ne sont pas remboursés par l'assurance maladie obligatoire. En revanche, les médicaments qui ont un prix fixé par le Comité économique des produits de santé (CEPS) sont pris en charge par le régime obligatoire selon des niveaux de remboursement différents :

- **médicaments remboursés à 100 %** par l'assurance maladie obligatoire : ils sont irremplaçables et particulièrement coûteux,
- **médicaments remboursés à 65 %** par l'assurance maladie obligatoire et à 90 % par le régime Alsace Moselle* : leur service médical rendu est majeur ou important,
- **médicaments remboursés à 30 %** par l'assurance maladie obligatoire et à 80 % par le régime Alsace Moselle* : leur service médical rendu est modéré,
- **médicaments remboursés à 15 %** par l'assurance maladie obligatoire et le régime Alsace Moselle* : ils ont un service médical rendu faible.

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

Nous : MAAF 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.

Ostéodensitométrie : examen permettant de mesurer la densité de l'os, c'est-à-dire son contenu en calcium. Une densité osseuse basse signe une ostéoporose. Celle-ci prédispose aux tassements vertébraux et aux fractures notamment du col du fémur. Pour apprécier la qualité de l'os la méthode consiste à émettre des rayons X en direction d'un os, que celui-ci absorbe en partie. On mesure alors ce qui reste du rayonnement après sa traversée de l'os, ce qui renseigne sur sa densité.

Parcours de soins coordonné : 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

Parodontie : partie de la dentisterie qui est spécialisée dans le traitement du parodonte, c'est-à-dire les tissus de soutien de la dent : gencive, os alvéolaire, cément et ligament alvéolo-dentaire.

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

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

- des enfants de moins de 18 ans,
- des femmes enceintes à partir du 6^{ème} mois de grossesse,
- 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 4 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 n'est pas remboursée par les complémentaires santé « responsables ».

Voir également : contrat solidaire et responsable.

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.

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).

Prestation 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'équilibre 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. À 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 » ont 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.

Régimes obligatoires (RO) : organismes français couvrant tout ou 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.

Régime local Alsace Moselle (AM) : 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.

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. Peuvent être souscripteurs les majeurs, ainsi que les mineurs de plus de 16 ans, à leur demande, sans l'intervention de leur représentant légal.

Sphère : elle correspond à la valeur de myopie (signe -) ou hypermétropie (signe +).

Taux de remboursement du régime obligatoire : taux appliqué par l'assurance maladie obligatoire sur la base de remboursement* pour déterminer le montant de son remboursement.

Celui-ci peut être 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.

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

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

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

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

Synonyme : dispense d'avance des frais.

Vous : le souscripteur du contrat.

VOS CONTACTS

Les demandes d'informations peuvent être faites :

■ Sur votre espace client MAAF sur maaf.fr et l'appli mobile MAAF et Moi⁽¹⁾	■ Par téléphone 3015 	■ En agence rendez-vous dans votre agence MAAF
En cas de réclamation, vous pouvez vous reporter au paragraphe "Le service réclamations"		

TITRE I

FORMATION – OBJET – COMPOSITION DE LA MUTUELLE

CHAPITRE 1^{er}

DÉNOMINATION, MISSION ET OBJET DE LA MUTUELLE

ARTICLE 1 : Dénomination – siège

La mutuelle MAAF Santé, régie par le Code de la mutualité et de ce fait soumise aux dispositions du livre II de ce code, a son siège situé à Chaban – 79180 CHAURAY.

ARTICLE 2 : Nature juridique

La mutuelle est une personne morale de droit privé à but non lucratif.

ARTICLE 3 : Fonds d'établissement

Le montant du fonds d'établissement de la mutuelle est de 500 000 euros.

ARTICLE 4 : Durée

La durée de la mutuelle est illimitée sauf dissolution anticipée.

ARTICLE 5 : Mission

Sa mission est de mener, notamment au moyen de cotisations versées par les membres participants, et dans l'intérêt de ces derniers et de leurs ayants droit, une action de prévoyance, de solidarité et d'entraide, dans les conditions prévues par les statuts, afin de contribuer à leur développement culturel, moral, intellectuel et physique et à l'amélioration de leurs conditions de vie.

ARTICLE 6 : Objet

La mutuelle a pour objet à titre principal, de réaliser des opérations d'assurance :

- a) allouer des prestations en cas de maladie, chirurgie, maternité, accidents corporels, incapacité, invalidité, ainsi que des indemnités journalières en cas d'hospitalisation,
- b) allouer des prestations en cas de décès,
- c) allouer des prestations en cas de natalité,
- d) accepter un ou plusieurs des engagements mentionnés ci-dessus en coassurance ou en réassurance,
- e) à la demande d'autres mutuelles, se substituer intégralement à ces organismes dans les conditions prévues au livre II du code pour la délivrance de ces engagements,
- f) de participer à la gestion d'un régime légal d'assurance maladie et maternité.

La mutuelle peut céder tout ou partie de ces risques et engagements à un ou plusieurs organismes relevant du Code de la mutualité, du Code des assurances ou du Code de la Sécurité sociale.

La mutuelle peut intervenir en tant qu'intermédiaire dès lors que cette activité reste limitée, pour présenter des garanties dont le risque est porté par un autre organisme assureur habilité.

Elle peut donc souscrire tout contrat ou convention auprès d'une mutuelle, union, institution de prévoyance ou compagnie d'assurances afin d'assurer au profit de ses membres participants la couverture des risques complémentaires ou la constitution d'avantages mentionnés à l'article L. 111-1 du Code de la mutualité. La mutuelle pourra conclure des contrats collectifs dans le cadre de l'article L. 221-3 du Code de la mutualité.

Elle peut également, pour son développement ou le bénéfice de ses membres, avoir recours à des intermédiaires en assurance ou réassurance.

Elle peut, pour les contrats collectifs qu'elle assure, en déléguer de manière totale ou partielle la gestion. Il appartient alors au délégataire de rendre compte chaque année de sa gestion au conseil d'administration de la mutuelle.

L'assemblée générale définit les principes que doivent respecter ces délégations de gestion. La mutuelle peut confier sa gestion à des organismes constitués à cette fin. Elle peut prendre en charge la gestion administrative, technique, informatique ou financière d'organismes régis par le Code de la mutualité, le livre IX du Code de la Sécurité sociale ou le Code des assurances.

ARTICLE 7 : Branches d'activités et activités accessoires

1 - Branches d'activités

Les branches garanties directement ou acceptées en réassurance sont :

- 1 Accidents corporels (y compris les accidents du travail et les maladies professionnelles)
- 2 Maladie
- 20 Vie-décès

2 - Activités accessoires

La mutuelle peut exercer les activités accessoires consistant à assurer la prévention des risques des dommages corporels, mettre en oeuvre une action sociale ou gérer des réalisations sanitaires dans les conditions définies à l'article L. 111-1 du Code de la mutualité.

ARTICLE 8 : Règlement intérieur

Un règlement intérieur détermine les conditions d'application des présents statuts. Il est établi par le conseil d'administration.

Tous les membres sont tenus de s'y conformer au même titre qu'aux statuts. Le conseil d'administration peut apporter au règlement intérieur des modifications qui s'appliquent immédiatement ; celles-ci sont soumises à l'assemblée générale la plus proche pour ratification.

CHAPITRE 2

RELATIONS AVEC LES MEMBRES

SECTION I

ACQUISITION DE LA QUALITÉ DE MEMBRE

ARTICLE 9 : Définition de l'engagement mutualiste

La mutuelle est constituée par la volonté de personnes physiques réunies en assemblée générale. Elle garantit à ses membres participants et aux ayants droit de ceux-ci, le règlement intégral des engagements qu'elle contracte à leur égard.

L'engagement mutualiste consiste en un engagement réciproque de la mutuelle et de la personne physique qui en est membre ou dans le cadre des contrats collectifs entre la mutuelle et la personne morale souscriptrice des contrats au profit des personnes physiques qui sont salariées ou membres de la personne morale souscriptrice membre honoraire.

ARTICLE 10 : Qualité de membre

La mutuelle admet :

- des membres participants,
- des membres honoraires.

Les membres participants sont les personnes physiques qui bénéficient des prestations de la mutuelle et en ouvrent le droit à leurs ayants droit, au titre soit d'une opération individuelle, soit d'une opération collective.

A leur demande, les mineurs de plus de 16 ans peuvent être membres participants de la mutuelle sans l'intervention de leur représentant légal.

Sont considérés comme ayants droit d'un membre participant, le conjoint(e), le bénéficiaire d'un pacte civil de solidarité, le concubin(e), leurs descendants et ascendants.

Les membres honoraires sont les personnes physiques qui versent des cotisations, des contributions ou font des dons à la mutuelle sans bénéficier de ses prestations. Les membres honoraires sont également les personnes morales qui ont souscrit un contrat collectif auprès de la mutuelle.

ARTICLE 11 : Conditions d'adhésion

Les garanties et les prestations sont définies au règlement mutualiste et/ou au contrat collectif remis aux adhérents lors de l'adhésion.

Les règlements mutualistes et contrats collectifs définissent le contenu des engagements contractuels existant entre chaque membre participant ou honoraire et la mutuelle en ce qui concerne les prestations et les cotisations.

Le règlement mutualiste est adopté par l'assemblée générale sur proposition du conseil d'administration.

Toute personne qui souhaite être membre d'une mutuelle, dans le cadre d'une opération individuelle, fait acte d'adhésion et reçoit gratuitement copie des statuts, du règlement intérieur et du règlement mutualiste de la Mutuelle. La signature du bulletin d'adhésion emporte acceptation des dispositions des statuts, du règlement intérieur et des droits et obligations définis par le règlement mutualiste.

En cas d'opérations collectives, la qualité d'adhérent à la mutuelle résulte de la signature d'un bulletin d'adhésion ou d'un contrat écrit, par un employeur ou une personne morale, emportant acceptation des dispositions des statuts, du règlement intérieur et des droits et obligations définies par le règlement mutualiste ou le contrat.

La personne morale souscriptrice peut devenir membre honoraire de la mutuelle dans les conditions définies par les présents statuts, le salarié ou le membre de la personne morale devenant membre participant de la mutuelle.

Tous les actes ou délibérations ayant pour objet une modification des statuts sont portés à la connaissance de chacun des adhérents.

ARTICLE 12 : Droit d'adhésion

La mutuelle peut décider du versement par tout nouvel adhérent d'un droit d'adhésion dont le montant est fixé, sur proposition du conseil d'administration, par l'assemblée générale.

SECTION II PERTE DE LA QUALITÉ DE MEMBRE

ARTICLE 13 : Démission

Toute démission devra être signifiée par lettre recommandée au siège de la mutuelle au moins deux mois avant le 31 décembre de l'année en cours pour prendre effet le 1^{er} janvier suivant, le cachet de la poste faisant foi.

Les membres participants démissionnaires pourront être réintégrés aux conditions d'une nouvelle adhésion.

ARTICLE 14 : Radiation

Sont radiés, les membres participants dont les garanties ont été résiliées notamment en cas de défaut de paiement des cotisations ou du droit d'adhésion après mise en demeure demeurée infructueuse au-delà d'un délai de 40 jours.

Les membres participants radiés pourront être réintégrés aux conditions d'une nouvelle adhésion.

ARTICLE 15 : Exclusion

Sont exclus les membres de la mutuelle qui lui auraient causé volontairement un préjudice dûment constaté. Le conseil d'administration avise par lettre recommandée avec accusé de réception le membre concerné de l'engagement de la procédure.

Le conseil d'administration peut, avant de se prononcer sur l'exclusion, inviter le membre dont l'exclusion est envisagée à se présenter ou à faire part de ses observations par écrit.

La décision d'exclusion est notifiée par lettre recommandée avec accusé de réception.

ARTICLE 16 : Conséquence de la perte de la qualité de membre

La perte de la qualité de membre entraîne de plein droit, et sans qu'il soit nécessaire d'effectuer quelques formalités que ce soit, la cessation des effets de tout bulletin d'adhésion, contrats collectifs ou tout autre document entre la mutuelle et l'adhérent.

La démission, la radiation ou l'exclusion d'un membre ne donne pas lieu au remboursement des cotisations, sous réserve des cas prévus expressément par les dispositions légales.

TITRE II ADMINISTRATION DE LA MUTUELLE CHAPITRE 1^{er} ASSEMBLÉE GÉNÉRALE

SECTION I COMPOSITION – DÉSIGNATION DES DÉLÉGUÉS

ARTICLE 17 : Composition de l'assemblée générale

Les membres participants et honoraires, répartis en sections régionales de vote, élisent les délégués. Le nombre des délégués est fixé par le conseil d'administration proportionnellement au nombre des membres de la section régionale concernée, au 1^{er} janvier de l'année au cours de laquelle se tient l'élection.

L'étendue et la composition de ces sections sont définies par le conseil d'administration.

L'assemblée générale est composée des délégués titulaires et des délégués suppléants porteurs de pouvoir.

ARTICLE 18 : Désignation des délégués

Pour voter comme pour être éligible, il convient :

- de justifier de la qualité de membre participant ou honoraire, celle-ci devant être acquise au plus tard le 1^{er} janvier de l'année au cours de laquelle se tient l'élection,
- d'être à jour de ses cotisations, c'est-à-dire de ne pas faire l'objet d'une mise en demeure.

Les délégués sont élus pour 6 ans et sont rééligibles.

Les élections des délégués sont organisées par correspondance au scrutin de liste ouverte majoritaire à un tour. Chaque section élit des délégués titulaires et des délégués suppléants. Le nombre de délégués suppléants est égal au tiers du nombre des délégués titulaires arrondi s'il y a lieu au chiffre supérieur.

ARTICLE 19 : Vacance - Démission

La perte de la qualité de membre honoraire ou participant entraîne celle de délégué.

En cas de vacance en cours de mandat, par décès, démission ou pour toute autre cause d'un délégué titulaire de section, celui-ci est remplacé pour la durée restant à courir de son mandat, par le délégué suppléant figurant sur la même liste et ayant obtenu le plus grand nombre de voix.

S'il n'y a plus de délégués suppléants sur la liste, le nombre de titulaires s'en trouvera réduit sans obligation de procéder à de nouvelles élections d'ici la fin des mandats en cours.

ARTICLE 20 : Voix

Tout délégué titulaire à l'assemblée générale n'a droit qu'à une seule voix.

Lorsqu'il ne peut assister à l'assemblée générale, un délégué titulaire peut donner procuration à un autre délégué, titulaire ou suppléant.

Chaque délégué ne peut être porteur de plus d'un pouvoir, ce qui porte en tout état de cause à un maximum de deux le nombre de voix dont un délégué peut disposer lors de l'assemblée générale.

Une formule de vote par procuration est remise ou adressée à tout membre qui en fait la demande, à la condition que celle-ci soit déposée ou reçue au siège social au plus tard six jours ouvrables avant la date de l'assemblée.

SECTION II RÉUNION DE L'ASSEMBLÉE GÉNÉRALE

ARTICLE 21 : Fréquence - Lieu

L'assemblée générale se réunit au moins une fois par an, au siège social de la mutuelle sauf décision contraire du conseil d'administration, sur convocation du président du conseil d'administration.

L'assemblée générale peut également être convoquée par :

1. la majorité des administrateurs composant le conseil,
2. les commissaires aux comptes,
3. l'Autorité de contrôle mentionnée à l'article L 510-1 du Code de la mutualité, d'office ou à la demande d'un membre participant,
4. un administrateur provisoire nommé par l'Autorité de contrôle, à la demande d'un ou plusieurs membres participants,
5. les liquidateurs.

À défaut d'une telle convocation, le président du tribunal judiciaire, statuant en référé, peut, à la demande de tout membre de la Mutuelle, enjoindre sous astreinte aux membres du conseil d'administration de convoquer cette assemblée ou désigner un mandataire chargé de procéder à cette convocation.

ARTICLE 22 : Convocation

L'assemblée générale doit être convoquée conformément aux dispositions en vigueur. Y sont convoqués les délégués titulaires.

Le délai entre la date de convocation à l'assemblée générale et la date de tenue de celle-ci est d'au moins quinze jours sur première convocation et d'au moins six jours sur deuxième convocation. En cas d'ajournement par décision de justice, cette décision peut fixer un délai différent.

Est nulle toute décision prise dans une réunion de l'assemblée générale qui n'a pas fait l'objet d'une convocation régulière.

ARTICLE 23 : Ordre du jour

L'ordre du jour des assemblées générales est fixé par l'auteur de la convocation. Il doit être joint aux convocations.

Les délégués, s'ils représentent au moins un quart des membres de l'assemblée générale, peuvent demander l'inscription à l'ordre du jour d'un projet de résolution. La demande est adressée au président du conseil d'administration de la mutuelle par lettre recommandée avec accusé réception au moins cinq jours avant la date de réunion de l'assemblée générale. Ce projet de résolution est obligatoirement inscrit à l'ordre du jour et soumis au vote de l'assemblée générale sauf si celui-ci n'entre pas dans l'objet social de la mutuelle. Il fait l'objet d'un accusé de réception du président du conseil d'administration de la mutuelle par lettre recommandée dans le délai de cinq jours à compter de sa réception.

L'assemblée ne peut délibérer que sur une question inscrite à l'ordre du jour. Néanmoins, elle peut en toutes circonstances, révoquer un ou plusieurs membres du conseil d'administration et procéder à leur remplacement. Elle prend, en outre, en toutes circonstances, les mesures visant à sauvegarder l'équilibre financier et à respecter les règles prudentielles prévues par les dispositions légales et réglementaires.

ARTICLE 24 : Bureau de l'assemblée

L'assemblée est présidée par le président du conseil d'administration qui désigne un secrétaire qui peut être choisi en dehors des membres de l'assemblée. L'assemblée désigne en son sein deux scrutateurs.

ARTICLE 25 : Procès verbal

Les délibérations des assemblées générales sont consignées dans les procès-verbaux reproduits sur un registre spécial signé par le président de l'assemblée générale et le secrétaire de l'assemblée générale. Les copies ou extraits de ces délibérations sont certifiés par le président ou par le secrétaire de l'assemblée générale.

SECTION III ATTRIBUTIONS DE L'ASSEMBLÉE GÉNÉRALE

SOUS SECTION 1 : ASSEMBLÉE GÉNÉRALE « ORDINAIRE »

ARTICLE 26 : Périodicité – Compétence

L'assemblée générale ordinaire se réunit au moins une fois par an ; elle statue sur :

1. le montant des droits d'adhésion,
2. l'adhésion à une union ou une fédération, une UGM, une UMG ou une SGAM, et la convention d'affiliation, la conclusion d'une convention de substitution,
3. l'émission des titres participatifs, de titres subordonnés de certificats mutualistes et d'obligations,
4. le rapport de gestion et les comptes annuels,
5. les comptes combinés ou consolidés,
6. le rapport spécial du commissaire aux comptes sur les conventions réglementées,
7. le rapport du conseil d'administration relatif aux transferts financiers entre mutuelles ou unions,
8. le plan prévisionnel de financement,
9. la révocation d'un ou plusieurs membres du conseil d'administration,
10. les principes que doivent respecter les délégations de gestion.

ARTICLE 27 : Quorum

L'assemblée générale ordinaire ne peut valablement délibérer que si le nombre de délégués présents ou représentés atteint au moins le quart des délégués.

Si elle ne réunit pas ce nombre, une nouvelle assemblée est convoquée avec le même ordre du jour que la précédente. Elle délibère valablement quel que soit le nombre de délégués présents ou représentés.

ARTICLE 28 : Adoption des résolutions

L'assemblée générale ordinaire statue à la majorité simple des voix des délégués présents ou représentés. En cas de partage, la voix du président est prépondérante.

SOUS SECTION 2

ASSEMBLÉE GÉNÉRALE « EXTRAORDINAIRE »

ARTICLE 29 : Compétence

L'assemblée générale extraordinaire statue sur :

1. les modifications des statuts,
2. les activités exercées,
3. les montants ou taux de cotisations, les prestations offertes, dans le cadre des opérations individuelles mentionnées au II de l'article L. 221-2,
4. la fusion avec une autre mutuelle ou union, la scission, ou la dissolution de la Mutuelle,
5. la création d'une autre mutuelle ou union,
6. les principes directeurs en matière de réassurance, et les règles générales en matière d'opérations collectives,
7. le transfert de tout ou partie de portefeuille, de contrats, que l'organisme soit cédant ou cessionnaire,
8. la délégation de pouvoir accordée au conseil d'administration prévue à l'article L. 114-11.

ARTICLE 30 : Quorum

L'assemblée générale extraordinaire ne peut valablement délibérer que si le nombre de délégués présents ou représentés atteint au moins la moitié du total des membres.

Si elle ne réunit pas ce nombre, une nouvelle assemblée est convoquée avec le même ordre du jour que la précédente. Elle ne délibère valablement que si le nombre de délégués présents ou représentés atteint au moins le quart du total des membres.

ARTICLE 31 : Adoption des résolutions

L'assemblée générale extraordinaire statue à la majorité des deux tiers des voix des délégués présents ou représentés. En cas de partage, la voix du président est prépondérante.

CHAPITRE 2

LE CONSEIL D'ADMINISTRATION

SECTION I

COMPOSITION – ÉLECTIONS

ARTICLE 32 : Composition

L'administration de la mutuelle est confiée à un conseil composé de dix membres au moins et de quinze membres au plus, élus par l'assemblée générale parmi ses membres participants et honoraires.

Le conseil est composé pour les deux tiers au moins de membres participants. Le conseil ne peut être composé pour plus de la moitié d'administrateurs exerçant des fonctions d'administrateur, de dirigeant ou d'associé au sein d'une

personne morale de droit privé, à but lucratif, appartenant au même groupe, au sens des dispositions de l'article L. 212-7 du Code de la mutualité.

ARTICLE 33 : Conditions d'éligibilité

Pour être éligibles au conseil, les membres doivent être âgés de dix-huit ans révolus, n'être concernés par aucune des incapacités prévues par l'article L. 114-21 du Code de la mutualité et, s'ils ont été salariés de la mutuelle, avoir cessé leur activité depuis trois ans.

Avant sa nomination, la personne pressentie pour exercer les fonctions de dirigeant est tenue de déclarer l'ensemble des activités professionnelles et fonctions électives qu'elle entend conserver. Le conseil d'administration se prononce sur la compatibilité des fonctions de dirigeant avec la poursuite de l'exercice de ces activités ou fonctions. Ultérieurement, il se prononce également sur les autres activités ou fonctions que le dirigeant entend exercer.

ARTICLE 34 : Candidatures

Les déclarations de candidature aux élections du conseil d'administration doivent être faites par écrit et adressées au président du conseil d'administration au siège social de la mutuelle par lettre recommandée avec demande d' accusé de réception, 20 jours au moins avant la date de l'assemblée générale qui aura à renouveler ou à compléter le conseil d'administration.

ARTICLE 35 : Élection des membres du conseil

Les membres du conseil d'administration sont élus pour six ans à bulletins secrets par l'assemblée générale, au scrutin uninominal à deux tours (majorité absolue au premier tour - majorité relative au deuxième tour). Dans le cas où les candidats obtiendraient un nombre égal de suffrages, l'élection est acquise au plus jeune d'entre eux.

Les membres sortants sont rééligibles.

SECTION II

VACANCE – RÉVOCATION – ÂGE

ARTICLE 36 : Vacance

La perte de la qualité de membre participant ou honoraire entraîne celle d'administrateur. En cas de vacance en cours de mandat, par décès, démission, perte de qualité d'adhérent ou toute autre cause d'un administrateur, il est pourvu provisoirement par le conseil à la nomination d'un administrateur au siège devenu vacant, sous réserve de ratification par l'assemblée générale. Si la nomination faite par le conseil d'administration n'était pas ratifiée par l'assemblée générale, les délibérations prises avec la participation de cet administrateur et les actes qu'il aurait accomplis n'en seraient pas moins valables.

L'administrateur ainsi désigné achève le mandat de son prédécesseur.

ARTICLE 37 : Révocation

Les administrateurs sont révocables pour faute grave par l'assemblée générale. Tout membre du conseil d'administration qui, sans motif agréé par le conseil, n'a pas rempli ses fonctions pendant 6 mois consécutifs, est réputé démissionnaire.

ARTICLE 38 : Limite d'âge

Le nombre des administrateurs ayant dépassé l'âge de 70 ans ne peut être supérieur au tiers des administrateurs en fonction.

Lorsque ce nombre est dépassé, l'administrateur le plus âgé, à l'exception du président, est réputé démissionnaire d'office lors de la réunion de la plus proche assemblée générale ordinaire.

SECTION III

PRÉSIDENT ET ADMINISTRATEUR DÉLÉGUÉ

ARTICLE 39 : Président

Le conseil d'administration élit parmi ses membres un président qui est élu en qualité de personne physique, pour une durée qui ne saurait excéder celle de son mandat. Le président est rééligible.

Le président représente la mutuelle en justice et dans tous les actes de la vie civile ; il a également le pouvoir de décider de toute action en justice tant en demande qu'en défense.

Le président du conseil d'administration organise et dirige les travaux de celui-ci, dont il rend compte à l'assemblée générale. Il informe le conseil d'administration des procédures engagées en application des dispositions de la section 6 et de la section 7 du chapitre II du titre I^{er} du livre VI du Code monétaire et financier.

Il veille au bon fonctionnement des organes de la mutuelle et s'assure en particulier que les administrateurs sont en mesure de remplir les attributions qui leur sont confiées.

Il convoque le conseil d'administration et préside ses réunions ainsi que celles des assemblées générales. Il engage les dépenses.

ARTICLE 40 : Administrateur délégué

Le conseil désigne parmi ses membres, sur proposition du président, un administrateur délégué appelé à remplacer le président en cas de vacance provisoire ou définitive de son poste.

L'administrateur délégué est élu pour une durée qui ne saurait excéder celle de son mandat.

En cas de vacance définitive, l'administrateur délégué assure immédiatement la fonction et les responsabilités du président pour la durée restant à courir du mandat du président.

SECTION IV

RÉUNIONS

ARTICLE 41 : Convocations

Le conseil d'administration se réunit sur convocation du président et au moins deux fois par an.

ARTICLE 42 : Délibérations

Le conseil ne délibère valablement que si la moitié au moins de ses membres sont présents.

Le vote par procuration est interdit.

Les décisions sont prises à la majorité des membres présents. En cas de partage des voix, la voix du président est prépondérante.

Il est tenu un registre de présence et un registre spécial des délibérations du conseil d'administration dans le respect des conditions légales et réglementaires en vigueur.

Les informations communiquées au conseil d'administra-

tion ont un caractère confidentiel. Les administrateurs, ainsi que toute personne appelée à assister aux réunions du conseil d'administration, sont tenus au respect de cette obligation.

Tout manquement dommageable engage la responsabilité de son auteur.

Sauf lorsque le conseil d'administration est réuni pour procéder aux opérations mentionnées au troisième alinéa de l'article L. 114-17, sont réputés présents les administrateurs qui participent à la réunion par des moyens de visioconférence ou de télécommunication permettant leur identification et garantissant leur participation effective. Ces moyens transmettent au moins le son de la voix des participants et satisfont à des caractéristiques techniques permettant la retransmission continue et simultanée des délibérations.

SECTION V

ATTRIBUTIONS DU CONSEIL D'ADMINISTRATION - DÉLÉGATIONS

ARTICLE 43 : Missions

Le conseil d'administration détermine les orientations de la mutuelle et veille à leur application. Il inscrit la stratégie de la mutuelle, y compris financière, dans le cadre de celle arrêtée au niveau du Groupe par le conseil d'administration de la Société de Groupe d'Assurance Mutuelle Covéa. Il dispose, pour l'administration et la gestion de la mutuelle, de tous les pouvoirs qui ne sont pas expressément réservés à l'assemblée générale par le Code de la mutualité et les présents statuts. Il opère les vérifications et contrôles qu'il juge opportuns, se saisit de toute question intéressant la bonne marche de la mutuelle.

A la clôture de chaque exercice, le conseil d'administration arrête les comptes annuels et établit un rapport de gestion qu'il présente à l'assemblée générale.

Lorsque la mutuelle fait partie d'un groupe au sens de l'article L. 212-7 du Code de la mutualité, le conseil d'administration établit, à la clôture de chaque exercice, les comptes consolidés ou combinés ainsi qu'un rapport de gestion du groupe.

Il établit également le rapport sur la solvabilité et la situation financière visé à l'article L. 355-1 du Code des assurances et un état annuel annexé aux comptes et relatif aux plus-values latentes, visées à l'article L. 212-6 du Code de la mutualité.

Le conseil d'administration établit, chaque année, un rapport qu'il présente à l'assemblée générale et dans lequel il rend compte des opérations d'intermédiation et de délégation de gestion visées aux articles L. 116-1 à L. 116-3 du Code de la mutualité.

Le conseil d'administration fixe les montants ou les taux de cotisation et les prestations des opérations collectives mentionnées au III de l'article L. 221-2 du Code de la mutualité, dans le respect des règles générales fixées par l'assemblée générale. Il rend compte devant l'assemblée générale des décisions qu'il prend en la matière. Il peut déléguer tout ou partie de cette compétence, pour une durée maximale d'un an, au président du conseil d'administration ou le cas échéant au dirigeant opérationnel.

Le conseil d'administration autorise les conventions qui entrent dans le champ d'application de l'article L. 114-32 du Code de la mutualité.

ARTICLE 44 : Rémunération - Délégation - Comités

Les fonctions d'administrateur sont gratuites, sous réserve des dispositions de l'article L. 114-26 du Code de la mutualité.

Tout administrateur peut se voir confier par le conseil d'administration, sur proposition du président, des attributions dont celui-ci définit le contenu, l'étendue et la durée.

Pour la mise en oeuvre des attributions confiées aux administrateurs, le conseil d'administration définit les missions correspondant aux dites attributions et aux fonctions.

Le conseil contrôle l'exercice et la réalisation des missions ainsi confiées.

L'administrateur rend régulièrement compte des actes qu'il accomplit dans le cadre de ses fonctions en vertu de ses attributions et selon ses missions. Le conseil d'administration peut, à tout moment, retirer toutes fonctions, attributions ou missions confiées à l'un de ses membres.

Le conseil d'administration peut décider la création d'un ou plusieurs comités chargés d'étudier les questions que lui-même ou son président soumet, pour avis, à leur examen. Il fixe la composition et les attributions des comités qui exercent leurs activités sous sa responsabilité.

CHAPITRE 3 DIRECTION DE LA MUTUELLE

ARTICLE 45 : Direction générale - dirigeant opérationnel

Le conseil d'administration nomme, sur proposition du président, le dirigeant opérationnel qui prend le titre de directeur général. Il ne peut être un administrateur.

Il est mis fin aux fonctions du directeur général, suivant la même procédure.

En cas de vacance du poste de directeur général, le conseil d'administration procède à son remplacement dans les meilleurs délais.

Le conseil d'administration fixe les conditions dans lesquelles il lui délègue les pouvoirs nécessaires à la direction effective de la Mutuelle. Le directeur général exerce ses fonctions sous le contrôle du conseil d'administration et dans le cadre des orientations arrêtées par celui-ci conformément aux dispositions de l'article L. 114-17 du Code de la mutualité. Il assiste à toutes les réunions du conseil d'administration. Le directeur général exerce ses pouvoirs dans la limite de l'objet de la Mutuelle, de la délégation mentionnée au précédent alinéa et sous réserve de ceux que la loi attribue expressément aux assemblées générales, au conseil d'administration et au président.

ARTICLE 46 : Dirigeants effectifs

Le président du conseil d'administration et le directeur général dirigent effectivement la mutuelle.

Le conseil d'administration peut également, sur proposition de son président, désigner comme dirigeant effectif une ou plusieurs personnes physiques, qui ne sont pas mentionnées à l'alinéa précédent. Ces personnes doivent disposer d'un domaine de compétence et de pouvoirs suffisamment larges sur les activités et les risques de la mutuelle, faire preuve d'une disponibilité suffisante au sein de la mutuelle pour exercer ce rôle, et être impliquées dans les décisions ayant un impact important sur la mutuelle, notamment en matière de stratégie, de budget ou de questions financières. Sur proposition de son président, le conseil d'administration peut leur retirer cette fonction.

TITRE III REGROUPEMENT - OPÉRATIONS COMMUNES

ARTICLE 47 – Regroupement – opérations communes

La mutuelle peut se réassurer auprès d'entreprises non régies par le présent code. Elle peut effectuer des opérations en coassurance.

Elle peut décider de créer une autre mutuelle ou une union. Elle peut adhérer à une ou plusieurs unions ou fédérations. Elle peut créer, participer et adhérer à toute Union de Groupe Mutualiste ou tout groupement comprenant des organismes régis par le Code de la mutualité, le livre IX du Code de la Sécurité sociale ou le Code des assurances.

La mutuelle peut s'affilier à une société de groupe d'assurance. Elle adhère à la Sgam Covéa depuis le 21/06/2003. La Société de Groupe d'Assurance Mutuelle Covéa exerce un contrôle effectif de l'entreprise affiliée. Ce contrôle s'exerce, notamment, au travers des reportings à destination des instances de gouvernance Covéa, des audits décidés et pilotés par ces mêmes instances ainsi que du contrôle exercé par les fonctions clés du Groupe. Elle peut, conformément aux dispositions prévues dans ses statuts, être amenée à prendre des mesures ou des sanctions à l'encontre de l'entreprise affiliée.

Elle peut également se substituer à d'autres mutuelles ou unions.

Elle peut souscrire auprès de toute entreprise d'assurance toute convention d'assurance garantissant tout ou partie de ses membres.

TITRE IV DISSOLUTION – LIQUIDATION – RETRAIT D'AGRÈMENT

ARTICLE 48 : Dissolution

La dissolution volontaire de la mutuelle est prononcée par l'assemblée générale. Elle en informe l'Autorité de contrôle instituée par l'article L. 510-1 du Code de la mutualité. Un programme de liquidation est soumis à l'Autorité de contrôle dans le mois qui suit la constatation de la caducité de l'agrément. Ce programme précise notamment les délais prévisibles et les conditions financières de la liquidation ainsi que les moyens en personnel et matériels mis en oeuvre pour la gestion des engagements résiduels.

Lorsque la gestion des engagements résiduels est déléguée à un tiers, le projet de contrat de délégation et un dossier décrivant la qualité du délégataire et de ses dirigeants, son organisation, sa situation financière et les moyens mis en oeuvre sont communiqués à l'Autorité de contrôle qui peut, dans les conditions mentionnées à l'article L. 612-26 du Code monétaire et financier, réaliser tous contrôles sur pièces et sur place du délégataire, jusqu'à liquidation intégrale des engagements.

La dissolution volontaire comporte, pour la mutuelle, l'engagement de ne plus réaliser, pour l'ensemble des agréments qui lui avaient été accordés, de nouvelles opérations.

ARTICLE 49 : Liquidation

La procédure de liquidation judiciaire à l'égard de la mutuelle ne peut être ouverte qu'à la requête de l'Autorité de contrôle. Le tribunal peut également se saisir d'office ou après avis conforme de ladite autorité, être saisi d'une demande d'ouverture de cette procédure par le procureur de la République.

Le président du tribunal ne peut être saisi d'une demande d'ouverture de procédure de conciliation instituée par l'article L. 611-4 du Code de commerce ou d'une procédure de sauvegarde visée à l'article L. 620-1 du même code, à l'égard de la mutuelle, qu'après avis conforme de l'Autorité de contrôle.

ARTICLE 50 : Retrait d'agrément

En cas de retrait d'agrément, les garanties cessent de plein droit d'avoir effet le 40^{ème} jour à midi à compter de la publication au Journal Officiel de la décision prononçant ce retrait.

Les cotisations échues avant le prononcé du retrait d'agrément et non payées, sont dues en totalité mais ne sont acquises à la mutuelle que proportionnellement à la période qui reste à courir jusqu'à la résiliation des garanties.

TITRE V EXERCICE SOCIAL – COMPTES SOCIAUX CONTRÔLE DE LA MUTUELLE

ARTICLE 51 : Exercice social

Chaque exercice social a une durée d'une année qui commence le 1^{er} janvier et finit le 31 décembre.

ARTICLE 52 : Commissaire aux comptes

Le contrôle de la mutuelle est exercé par un ou plusieurs commissaires aux comptes titulaires exerçant leur mission conformément à la loi.

Un ou plusieurs commissaires aux comptes suppléants appelés à remplacer le ou les titulaires en cas de refus ou d'empêchement, de démission ou de décès sont nommés en même temps que le ou les titulaires pour la même durée. Les commissaires aux comptes sont nommés par l'assemblée générale pour 6 ans.

Garanties santé assurées par MAAF santé, garanties d'assistance assurées par MAAF Assurances SA, contrat distribué par MAAF Assurances SA.
MAAF Santé, Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la Mutualité - SIREN N°331 542 142.
MAAF Assurances SA, Société anonyme au capital de 160 000 000 euros entièrement versé - Entreprise régie par le Code des assurances - RCS NIORT 542 073 580.
Sièges sociaux : Chaban - 79180 CHAURAY - Adresse postale : CHAURAY 79036 NIORT Cedex 09.
IDU REP Eco circulaire : FR231788_03AUSB



Réf. 2542 - 01/26