

MES BIENS

MA FAMILLE

MON ARGENT

**MON ACTIVITÉ
PROFESSIONNELLE**



SANTÉ COLLECTIVE

**Notice d'information
destinée aux affiliés
du contrat collectif
SANTÉ PROFIL SALARIÉS**



**Notice d'information destinée aux affiliés
du contrat collectif SANTÉ PROFIL SALARIÉS**

Réf. 11030 - 10.2020
(dispositions en vigueur au 01.01.2021)

NATURE DU CONTRAT	p. 3
QUI PEUT ÊTRE ASSURÉ ?	p. 3
VOS GARANTIES : DÉFINITIONS ET ÉTENDUE	p. 3
TABLEAU DES GARANTIES	p. 4
GARANTIE ASSISTANCE SANTÉ À DOMICILE	p. 8
LES SERVICES	p. 14
ÉTENDUE TERRITORIALE	p. 15
LE RÈGLEMENT DES PRESTATIONS	p. 15
LES COTISATIONS	p. 15
L'ENTRÉE EN VIGUEUR DES GARANTIES	p. 15
CESSATION DE L'ADHÉSION	p. 15
LE MAINTIEN DES GARANTIES	p. 16
LITIGES	p. 18
LE DROIT APPLICABLE	p. 18
LA SUBROGATION	p. 18
LA PRESCRIPTION	p. 18
PROTECTION DES DONNÉES PERSONNELLES	p. 19
LEXIQUE	p. 22

➔ CE QUE VOUS DEVEZ SAVOIR

NATURE DU CONTRAT

Votre entreprise a souscrit pour vous un Contrat collectif à adhésion obligatoire auprès de MAAF Santé, mutuelle régie par le Code de la Mutualité.

Ce Contrat a pour objet de vous garantir le remboursement des frais médicaux et chirurgicaux en complément des prestations en nature servies par un Régime Obligatoire maladie français. Le remboursement des dépenses a un caractère indemnitaire et ne peut être supérieur au montant des frais restant à charge.

QUI PEUT ÊTRE ASSURÉ ?

Vous êtes, en tant que salarié de l'entreprise, assuré au titre du Contrat.

Selon le choix effectué par votre entreprise, vous pouvez aussi en faire bénéficier :

- votre conjoint non séparé de corps bénéficiant de la Sécurité sociale, de votre fait ou du fait d'une affiliation personnelle (régime général ou régime d'assurance maladie des professions indépendantes),
- vos enfants à charge célibataires :
 - bénéficiant de la Sécurité sociale de votre fait ou du fait de votre conjoint,
 - bénéficiant de la Sécurité sociale en tant qu'apprentis,
 - âgés de moins de 25 ans, s'ils justifient de la poursuite de leurs études et sont affiliés à la Sécurité sociale au titre du régime étudiant ou des assurés volontaires, la couverture de l'étudiant étant prolongée jusqu'à son 26ème anniversaire lorsqu'il bénéficie toujours, à cette date, du même régime de la Sécurité sociale,
 - âgés de moins de 26 ans, bénéficiant de la Sécurité sociale du fait d'une affiliation personnelle en tant que titulaire d'un contrat initiative emploi, emploi de solidarité, d'adaptation, d'orientation, de qualification ou d'un contrat de même type,
- vos ascendants à charge, bénéficiant de la Sécurité sociale, de votre fait ou du fait de votre conjoint, ou d'une affiliation personnelle et vivant sous le même toit.

Remarques :

- La notion "à charge" mentionnée ci-avant s'entend au sens fiscal tel que défini par le Code Général des Impôts.
- La situation de concubinage notoire et permanente ou de Pacs, avec attestation du même domicile que vous, est assimilée à la qualité de conjoint.
- Le calcul de l'âge est effectué par différence de millésime entre celui de l'exercice d'assurance considéré et celui de l'année de naissance du bénéficiaire.

VOS GARANTIES : DÉFINITIONS ET ÉTENDUE

➔ Étendue des garanties

Le Niveau de Garanties, choisi parmi les différents niveaux proposés en p.4 et 5, est indiqué sur les Conditions Particulières du Contrat remises à votre entreprise.

Le Niveau des Garanties choisi est le même pour l'ensemble des Garanties (Hospitalisation - Soins courants - Optique - Dentaire - Aides auditives - Prévention).

TABLEAU DES FORMULES DE GARANTIES

Les montants des Garanties exprimés en pourcentage de la Base de Remboursement (BR) du Régime Obligatoire (RO) incluent les prestations de ce dernier. Les montants des Garanties exprimés en euros sont des forfaits annuels par Bénéficiaire, valables du 1^{er} janvier au 31 décembre, sauf mention contraire précisée dans le tableau des Garanties ; ils correspondent aux remboursements de l'Assureur et incluent le cas échéant le remboursement du Régime Obligatoire. La rubrique « Ce que vous devez savoir » p.6 et 7 précise les définitions et les conditions d'exercice des Garanties.

Dans tous les cas, les Prestations sont limitées aux frais réellement engagés.

	NIVEAU 1	NIVEAU 2	NIVEAU 3	NIVEAU 4	NIVEAU 5
HOSPITALISATION					
■ 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
■ Honoraires.....	100 % BR	150 % BR*	200 % BR*	200 % BR*	200 % BR*
■ Transport.....	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
■ Chambre particulière (hors Ambulatoire)	45 €/nuit	60 €/nuit	90 €/nuit	120 €/nuit	120 €/nuit
■ Frais d'accompagnant (lit et repas)	30 €/jour	30 €/jour	30 €/jour	30 €/jour	30 €/jour
■ Maternité :					
- Chambre particulière	45 €/nuit	60 €/nuit	90 €/nuit	120 €/nuit	120 €/nuit
- Prime naissance	-	150 €	200 €	250 €	350 €
SOINS COURANTS					
■ Honoraires médicaux (médecins généralistes et spécialistes, Imagerie médicale y compris ostéodensitométrie prise en charge par le RO, Actes techniques médicaux)	100 % BR	150 % BR*	200 % BR*	200 % BR*	200 % BR*
■ Ostéodensitométrie non prise en charge par le RO	40 €/an	40 €/an	75 €/an	75 €/an	75 €/an
■ Honoraires paramédicaux (kiné, infirmière et autres auxiliaires médicaux)	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
■ Analyses et examens de laboratoire	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
■ Ostéopathie, chiropractie.....	10 €/séance (max 4 séances/an)	20 €/séance (max 4 séances/an)	30 €/séance (max 4 séances/an)	40 €/séance (max 4 séances/an)	40 €/séance (max 4 séances/an)
■ Transport	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
■ Cure thermale prise en charge par le RO :					
- Forfait thermal, surveillance médicale.....	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
- Hébergement	100 % BR + 100 €	100 % BR + 200 €	100 % BR + 300 €	100 % BR + 400 €	100 % BR + 400 €
- Transport	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
■ Médicaments	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
■ Matériel médical					
- Accessoires (attelles, semelles...)	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
- Prothèse mammaire / capillaire	100 % BR + 50 €	100 % BR + 100 €	100 % BR + 150 €	100 % BR + 200 €	100 % BR + 200 €
- Fauteuil roulant (achat)	100 % BR + 500 €	100 % BR + 1 000 €	100 % BR + 1 500 €	100 % BR + 2 000 €	100 % BR + 2 000 €
- Autre appareillage (achat lit médicalisé, achat chaussures orthopédiques,...)	250 % BR	300 % BR	350 % BR	400 % BR	450 % BR
OPTIQUE					
Lunettes (1 monture + 2 verres) : 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⁽³⁾. Autres prestations : forfaits annuels.					
■ Équipements à prise en charge libre (forfait global verres et monture, dont 100 € maximum pour la monture)					
Chez un opticien Partenaire Santéclair					
- Lunettes avec verres simples	200 €	250 €	300 €	350 €	400 €
- Lunettes avec verres complexes	300 €	375 €	450 €	525 €	600 €
Chez un autre opticien					
- Lunettes avec verres simples	125 €	175 €	225 €	275 €	325 €
- Lunettes avec verres complexes	225 €	275 €	325 €	375 €	425 €
■ Équipements 100 % Santé ⁽¹⁾ y compris					
Offreclair	Frais réels ⁽²⁾	Frais réels ⁽²⁾	Frais réels ⁽²⁾	Frais réels ⁽²⁾	Frais réels ⁽²⁾
■ Lentilles correctrices (prises ou non en charge par le RO)	100 % BR + 100 €	100 % BR + 125 €	100 % BR + 150 €	100 % BR + 200 €	100 % BR + 250 €
■ Chirurgie réfractive	-	150 €/œil	200 €/œil	300 €/œil	400 €/œil

RO : Régime Obligatoire

Partenaire Santéclair : tarifs négociés et remboursement majorés, exclusivement chez les professionnels de la santé partenaires de Santéclair, accessibles selon leur implantation. Leurs coordonnées sont consultables à partir de l'espace client ou en contactant votre Conseiller MAAF. Santéclair est une SA au capital de 3 834 029 euros immatriculée au RCS de Nantes sous le numéro 428 704 977 - 7 Mail Pablo Picasso - 44046 Nantes Cedex 1.

BR : Base de Remboursement de la Sécurité sociale.

En Secteur non conventionné, les remboursements sont limités au Tarif d'autorité.

(1) Tels que définis réglementairement.

(2) Prise en charge plafonnée aux Honoraires limites de facturation ou aux Prix limites de vente.

(3) Les cas de renouvellement anticipé sont définis dans l'arrêté du 3 décembre 2018 paru au Journal Officiel du 13 décembre 2018.

* Voir détails page 6

TABLEAU DES FORMULES DE GARANTIES

Les montants des Garanties exprimés en pourcentage de la Base de Remboursement (BR) du Régime Obligatoire (RO) incluent les prestations de ce dernier. Les montants des Garanties exprimés en euros sont des forfaits annuels par Bénéficiaire, valables du 1^{er} janvier au 31 décembre, sauf mention contraire précisée dans le tableau des Garanties ; ils correspondent aux remboursements de l'Assureur et incluent le cas échéant le remboursement du Régime Obligatoire. La rubrique « Ce que vous devez savoir » p.7 et 8 précise les définitions et les conditions d'exercice des Garanties.

Dans tous les cas, les Prestations sont limitées aux frais réellement engagés.

	NIVEAU 1	NIVEAU 2	NIVEAU 3	NIVEAU 4	NIVEAU 5
DENTAIRE					
■ Soins (y compris Inlays Onlays)	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
■ Prothèses à prise en charge libre					
- Prothèses prises en charge par le RO	200 % BR	250 % BR	350 % BR	400 % BR	450 % BR
- Prothèses non prises en charge par le RO	-	150 €	200 €	250 €	300 €
- Implant dentaire	-	400 €	520 €	800 €	1 000 €
■ Soins et Prothèses 100 % Santé ⁽¹⁾ (selon type de prothèse, localisation et matériau)	Frais réels ⁽²⁾	Frais réels ⁽²⁾	Frais réels ⁽²⁾	Frais réels ⁽²⁾	Frais réels ⁽²⁾
■ Plafond dentaire annuel (prothèses à prise en charge libre et soins et prothèses 100 % Santé).....	600 €/an	800 €/an	1 000 €/an	1 500 €/an	2 000 €/an
■ Orthodontie					
- Orthodontie prise en charge par le RO	150 % BR	200 % BR	250 % BR	300 % BR	400 % BR
- Orthodontie non prise en charge par le RO	-	-	350 €/an	400 €/an	500 €/an
AIDES AUDITIVES					
Renouvellement tous les 4 ans					
■ Équipements à prise en charge libre dans la limite de 1 700 € par oreille	250 % BR	300 % BR	350 % BR	400 % BR	425 % BR
■ Équipements 100 % Santé ⁽¹⁾	Frais réels ⁽²⁾	Frais réels ⁽²⁾	Frais réels ⁽²⁾	Frais réels ⁽²⁾	Frais réels ⁽²⁾
PRÉVENTION					
■ Forfait prévention	90 €/an	90 €/an	90 €/an	90 €/an	90 €/an
■ Pilule contraceptive non prise en charge par le RO	-	-	45 €/an	60 €/an	60 €/an
ASSISTANCE SANTÉ À DOMICILE	24 H / 24 ; 7 j / 7				
SERVICES Santéclair	oui				

RO : Régime Obligatoire

Partenaire Santéclair : tarifs négociés et remboursement majorés, exclusivement chez les professionnels de la santé partenaires de Santéclair, accessibles selon leur implantation. Leurs coordonnées sont consultables à partir de l'espace client ou en contactant votre Conseiller MAAF. Santéclair est une SA au capital de 3 834 029 euros immatriculée au RCS de Nantes sous le numéro 428 704 977 - 7 Mail Pablo Picasso - 44046 Nantes Cedex 1.

BR : Base de Remboursement de la Sécurité sociale.

En Secteur non conventionné, les remboursements sont limités au Tarif d'autorité.

(1) Tels que définis réglementairement.

(2) Prise en charge plafonnée aux Honoraires limites de facturation ou aux Prix limites de vente.

PRÉCISIONS SUR LES GARANTIES

Les Garanties du Contrat sont conformes aux obligations de l'article L.911-7 du Code de la Sécurité sociale et ses textes d'application ainsi qu'aux règles des contrats dits « responsables » fixées à l'article L.871-1 du Code de la Sécurité sociale et ses textes d'application, et ce afin de conserver le bénéfice des avantages fiscaux et sociaux accordés à ce type de contrat.

Les remboursements sont versés en fonction du respect par les Bénéficiaires du Parcours de soins coordonnés par le Médecin traitant et dans la limite des frais réellement engagés.

La Participation forfaitaire d'un euro et les Franchises médicales laissées à la charge de l'Assuré ou de ses Ayants droit par le Régime Obligatoire sont exclues des Garanties en application de l'article L.160-13 du Code de la Sécurité sociale.

Dans ce cadre, les remboursements indiqués dans le Tableau des Garanties, peuvent donner lieu à une majoration ou une minoration de manière à respecter les minima ou les maxima prévus par les règles des contrats dits « responsables » (article L.871-1 du Code de la Sécurité sociale et ses textes d'application).

Pour une même dépense engagée, les Garanties chez un professionnel de la santé Partenaire Santéclair ne se cumulent pas avec les Garanties chez un non partenaire.

HOSPITALISATION

- **Les frais de Chambre particulière et les Frais d'accompagnant résultant de séjours dans un établissement psychiatrique ou neuropsychiatrique (en secteur public ou privé) sont exclus.**
- La Franchise médicale/Transport est laissée à la charge du patient par le Régime Obligatoire. MAAF Santé ne la prend pas en charge.
- Toute naissance entraîne le versement d'1 prime pour les niveaux 2, 3, 4, 5. Il n'est versé qu'une prime par foyer et en cas de naissances multiples, le versement se limite à 2 primes.
- En cas d'Hospitalisation en Ambulatoire, **les frais de Chambre particulière ne seront jamais pris en charge.**
- * Les Garanties des niveaux 2, 3, 4, 5 sont majorées de 20 % de la Base de remboursement pour les Honoraires des médecins ayant adhéré à l'un des Dispositifs de Pratiques Tarifaires Maîtrisées (OPTAM / OPTAM-CO).

SOINS COURANTS

Le présent Contrat étant responsable :

- **La Participation forfaitaire d'un euro laissée à votre charge par le Régime Obligatoire n'est pas prise en charge par MAAF Santé.**
- **En cas de non-respect du Parcours de soins coordonnés, la majoration du Ticket modérateur n'est pas prise en charge, ni les pénalités financières qui s'appliquent aux tarifs de consultation des spécialistes.**
- **Les Franchises médicales applicables pour chaque acte médical ou par Transport, laissées à la charge du patient par le Régime Obligatoire ne sont pas prises en charge par MAAF Santé.**
- Pour l'ostéopathie et la chiropractie, le forfait concerne 4 séances au choix par année civile.

- Les Garanties « Cure thermique » sont acquises uniquement lorsque la cure est prise en charge par le Régime Obligatoire. **La participation sur les frais d'hébergement sera attribuée uniquement sur la période de prise en charge de la Cure thermique par le Régime Obligatoire.** Toutefois, si ce dernier n'intervient pas pour le poste « Hébergement », MAAF Santé ne rembourse que le forfait supplémentaire.
- * Les Garanties du niveau 2, 3, 4, 5 sont majorées de 20 % de la Base de remboursement pour les Honoraires des médecins ayant adhéré à l'un des Dispositifs de Pratiques Tarifaires Maîtrisées (OPTAM / OPTAM-CO).
- **Médicaments : La Franchise médicale/boîte de Médicaments n'est pas prise en charge par MAAF Santé.** La prise en charge du Ticket modérateur sur les Médicaments inclut les Honoraires de dispensation en lien avec l'ordonnance ou avec le Médicament.
- **Matériel médical :** Sont pris en charge au titre de la Garantie Accessoires, les attelles, semelles orthopédiques, ainsi que les piles et accessoires des Aides auditives.

OPTIQUE

- **Lunettes**
La Garantie Lunettes prend en charge les équipements (monture et deux verres correcteurs) faisant l'objet d'un remboursement par le Régime Obligatoire.
- **Équipements à prise en charge libre :** il s'agit des équipements autres que les Équipements 100 % Santé. Les Garanties sont des forfaits globaux en euros (**monture d'un montant maximum de 100 € + deux verres correcteurs**) ; ils intègrent le remboursement du Régime Obligatoire.

Les verres **simples** sont définis de la façon suivante :

- verres unifocaux sphériques 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 + 4,00 dioptries ;
- verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S (sphère + cylindre) est inférieure ou égale à 6,00 dioptries.

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

En cas d'Équipements à prise en charge libre comportant un verre simple et un verre complexe, le remboursement est égal à la moyenne des montants garantis pour des « verres simples » et des « verres complexes ».

La Prestation d'adaptation visuelle associée à la prise en charge d'un Équipement à prise en charge libre est remboursée à hauteur du Ticket modérateur.

Il est impossible de cumuler le forfait Lunettes chez un opticien Partenaire Santéclair et le forfait Lunettes chez un non partenaire.

- **Équipements 100 % Santé :** ces équipements (2 verres correcteurs + 1 monture) sont constitués d'une sélection de verres et de montures définie règlementairement dans l'arrêté du 3 décembre 2018 paru au Journal Officiel du 13 décembre 2018. Ils sont remboursés intégralement par le Régime Obligatoire et par le Contrat, dans la limite des Prix limites de vente, de même que la Prestation d'appariage, la Prestation d'adaptation visuelle et le supplément pour les verres avec filtre pour ledit équipement.

→ CE QUE VOUS DEVEZ SAVOIR

La Garantie inclut également les équipements Offreclair, sélection d'équipements proposés par les opticiens Partenaires Santéclair. Pour plus de précisions, vous pouvez solliciter votre opticien Partenaire Santéclair ou votre interlocuteur commercial.

Lorsque le Bénéficiaire opte pour un équipement mixte (monture dans les Équipements 100 % Santé et verres dans les Équipements à prise en charge libre ou inversement) le remboursement s'effectue comme suit :

- pour la partie de l'Équipement 100 % Santé : prise en charge intégrale dans la limite des Prix limites de vente,
- pour la partie de l'Équipement à prise en charge libre : application de la Garantie contractuelle, déduction faite du coût de la partie de l'Équipement 100 % Santé, dans le respect des limites du contrat « responsable ».

La prise en charge des frais d'optique respecte les planchers et les plafonds prévus par le contrat dit « responsable » (article L.871-1 du Code de la sécurité sociale et ses textes d'application) et le « panier de soins » (article L.911-7 du Code de la sécurité sociale et ses textes d'application).

Les Garanties 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 et de 6 mois pour les enfants jusqu'à 6 ans en cas de mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage de l'enfant entraînant une perte d'efficacité du verre correcteur.

Des cas de renouvellement anticipé sont prévus à l'article L.165-1 du Code de la Sécurité sociale et à l'arrêté du 3 décembre 2018 paru au journal officiel du 13 décembre 2018 (ex : variations de la sphère ou du cylindre d'au moins 0.5 dioptries d'un verre, ou d'au moins 0,25 dioptries pour chacun des verres pour les Bénéficiaires ayant 16 ans et plus...).

- **Chirurgie réfractive** : La chirurgie réfractive prend en charge les opérations de correction de la myopie, de l'hypermétropie et de l'astigmatie, hors cataracte et presbytie.

DENTAIRE

■ Prothèses à prise en charge libre

Prothèses

La Garantie Prothèses prend en charge les couronnes et bridges, Inlays core, Prothèses dentaires amovibles et autres Prothèses dentaires remboursées par le Régime Obligatoire qui ne figurent pas dans la liste des Soins et prothèses 100 % Santé.

Implant dentaire

La Garantie Implant dentaire comprend le pilier implantaire et l'Implant. **Pour chaque Implant dentaire, il n'est versé qu'un seul remboursement forfaitaire même si les soins sont réalisés sur deux années civiles.** Les prothèses sur Implant sont garanties au titre de la Garantie Prothèses (des prothèses à prise en charge libre).

■ Soins et prothèses 100 % Santé

Il s'agit de certaines Prothèses dentaires, définies réglementairement (arrêté du 24/05/2019 paru au journal officiel du 30/05/2019), en fonction de la localisation de la dent, du matériau utilisé et du type de Prothèses dentaires. Elles sont totalement remboursées par le Régime Obligatoire et le Contrat dans la limite des Honoraires limites de facturation.

■ Plafond dentaire annuel

Le cumul des remboursements au titre du Contrat pour les Prothèses à prise en charge libre (Prothèses et Implants dentaires) et les Soins et prothèses 100 % Santé ne peut excéder le montant du plafond dentaire annuel défini au titre du Niveau des Garanties choisi. Au-delà de cette limite, les Soins et prothèses 100 % Santé continuent d'être remboursés intégralement et les Prothèses à prise en charge libre remboursées par le Régime Obligatoire sont prises en charge à hauteur de 125 % BR (y compris le remboursement du Régime Obligatoire).

AIDES AUDITIVES

Les Garanties s'appliquent aux Aides auditives prises en charge par le Régime Obligatoire.

■ Équipements à prise en charge libre

Il s'agit des équipements autres que les Équipements 100 % Santé. Pour ces équipements, la prise en charge par le Régime Obligatoire et les Garanties du Contrat ne peut pas dépasser 1 700 € par oreille.

En vous adressant à un audioprothésiste Partenaire Santéclair, vous bénéficiez en Niveau 1 d'un remboursement aux Frais réels sur les Aides auditives de la gamme Essentielle, en Niveau 2 d'un remboursement aux Frais réels pour les gammes Essentielle, Confort et Premium, en niveaux 3 - 4 - 5 d'un remboursement aux Frais réels pour les gammes Essentielle, Confort, Premium et Excellence. Ces gammes sont composées d'une sélection d'Aides auditives (hors embouts d'appareil) proposées par les audioprothésistes Partenaires Santéclair. Pour plus de précisions, vous pouvez solliciter votre audioprothésiste Partenaire Santéclair ou votre interlocuteur commercial.

■ Équipements 100 % Santé

Ces équipements sont constitués d'une sélection d'Aides auditives définie réglementairement dans l'arrêté du 14/11/2018 publié au Journal Officiel du 16/11/2018, dénommée « Équipements 100 % Santé ». Ils sont remboursés intégralement par le Régime Obligatoire et par les Garanties du Contrat, dans la limite des Prix limites de vente.

Les Garanties Aides auditives sont limitées à un équipement par oreille par période de 4 ans, à compter de la date d'acquisition de chaque équipement correspondant à chaque oreille.

LA PRÉVENTION

MAAF Santé verse **un forfait de 90 € maximum par an** et par Bénéficiaire couvrant les thèmes de prévention détaillés page 8.

Est pris en charge dans le cadre de ce forfait au titre du sevrage tabagique, tout substitut nicotinique, tel que prévu dans la « Liste des substituts nicotiniques pris en charge par l'Assurance maladie » non remboursé par le Régime Obligatoire car non prescrit par un médecin.

➔ CE QUE VOUS DEVEZ SAVOIR

Le forfait prévention MAAF Santé

- Les consultations diététiques effectuées par une diététicienne diplômée
- Les vaccins non pris en charge (dont le vaccin anti-grippe)
- Les auto-tests de dépistage des infections urinaires
- Les préservatifs (limités à 30 € / an)
- Le sevrage tabagique (patchs, comprimés, gommes, pastilles....) (limité à 50 € / an)
- Les crèmes solaires prescrites (limitées à 30 €/an)

GARANTIE ASSISTANCE SANTÉ À DOMICILE

Les garanties ci-après sont mises en oeuvre par MAAF Assistance et entrent en jeu à la suite d'un accident ou d'une maladie soudaine, imprévue et aiguë (non chronique) survenus après la date de prise d'effet du contrat.

Elles s'adressent à vous même, à votre conjoint (de droit ou de fait), à vos enfants à charge ainsi qu'à vos parents s'ils habitent sous votre toit.

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

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

Le Samu centre : 15

Les pompiers : 18

Appels d'Urgence : 112

(valable dans l'ensemble de l'Union Européenne)

ASSISTANCE SANTÉ À DOMICILE

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

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

* - Sclérose en plaque (pour toute hospitalisation supérieure à 7 jours)
 - Accidents vasculaires cérébraux (pour toute hospitalisation supérieure à 15 jours)
 - Infarctus du myocarde (pour toute hospitalisation supérieure à 11 jours)
 - Greffes d'organes (cœur, poumons, foie, rein)
 ** - Tritérapie
 - Quadrithérapie
 - Chimiothérapie (uniquement réalisée en milieu hospitalier)
 - Radiothérapie
 (1) uniquement en cas de traitement par chimiothérapie et radiothérapie.

➔ ASSISTANCE SANTÉ À DOMICILE

➔ Détails des prestations

Les garanties décrites ci-après sont accordées si le bénéficiaire remplit les conditions de mise en œuvre (cf tableau p. 9).

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

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

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

Ou

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

Ou

- Garde au domicile des parents par un de nos intervenants, dans la limite de 30 heures, réparties sur un mois à compter de l'événement.

Prise en charge des enfants de moins de 16 ans

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

Ou

- Déplacement aller/retour des enfants ainsi que d'un adulte les accompagnant auprès de proches susceptibles de les accueillir (France métropolitaine ou même département pour les DROM). Pour les trajets dont la durée en train est inférieure à 5 heures il sera remis un billet de train 1^{ère} classe, pour les trajets dont la durée en train est supérieure à 5 heures il sera remis un billet d'avion classe économique). En cas de nécessité, ou d'indisponibilité d'un accompagnateur, MAAF Assistance organise et prend en charge l'accompagnement des enfants par l'un de ses prestataires,

Ou

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

Si aucune des solutions ci-dessus ne peut convenir :

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

Ou

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

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

- Déplacement aller/retour d'un proche désigné par l'assuré ou son conjoint pour garder les enfants malades ou accidentés à domicile (France métropolitaine ou même département pour les DROM). Pour les trajets dont la durée en train est inférieure à 5 heures il sera remis un billet de train 1^{ère} classe, pour les trajets dont la durée en train est supérieure à 5 heures il sera remis un billet d'avion classe économique),

Si la solution ci-dessus ne peut convenir :

- Garde des enfants malades ou accidentés à domicile jusqu'à 30 heures réparties sur 1 mois par un intervenant qualifié.

Garde des autres enfants vivant au domicile

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

- un déplacement aller/retour d'un proche désigné par l'assuré ou son conjoint pour les garder à domicile (France métropolitaine ou même département pour les DROM). Pour les trajets dont la durée en train est inférieure à 5 heures il sera remis un billet de train 1^{ère} classe, pour les trajets dont la durée en train est supérieure à 5 heures il sera remis un billet d'avion classe économique),

Ou

- un déplacement aller/retour des enfants ainsi que d'un adulte les accompagnant auprès de proches susceptibles de les accueillir (France métropolitaine ou même département pour les DROM). Pour les trajets dont la durée en train est inférieure à 5 heures il sera remis un billet de train 1^{ère} classe, pour les trajets dont la durée en train est supérieure à 5 heures il sera remis un billet d'avion classe économique). En cas de nécessité, ou d'indisponibilité d'un accompagnateur, MAAF Assistance organise et prend en charge l'accompagnement des enfants par l'un de ses prestataires.

Si aucune des solutions ci-dessus ne peut convenir :

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

→ ASSISTANCE SANTÉ À DOMICILE

Relais maternité

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

Allo Infos Bébé

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

■ Santé :

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

■ Modes de garde :

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

■ Informations juridiques et administratives :

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

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

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

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

Aide à domicile élargie

- En fonction de la situation du bénéficiaire, MAAF Assistance met à disposition une aide ménagère ou une travailleuse familiale :
 - Jusqu'à 100 heures réparties sur 12 mois, à raison de 2 heures minimum par intervention dès le 1^{er} jour ou au retour au domicile.

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

- Jusqu'à 1 mois.

Prise en charge des animaux de compagnie vivant au domicile de l'assuré

- Transport et hébergement jusqu'à 1 mois, chez une personne désignée par le sociétaire ou son conjoint, ou en pension animalière.

Prise en charge de la venue d'un proche

- Déplacement aller/retour d'un proche désigné par le sociétaire ou son conjoint (France métropolitaine ou même département pour les DOM). Pour les trajets dont la durée en train est inférieure à 5 heures il sera remis un billet de train 1^{ère} classe, pour les trajets dont la durée en train est supérieure à 5 heures il sera remis un billet d'avion classe économique) et hébergement jusqu'à 2 nuits à concurrence de 100 € (petit déjeuner inclus).

Conseils médicaux

- Conseils médicaux hors urgence médicale et en l'absence du médecin traitant. Ces conseils ne peuvent pas être considérés comme des consultations médicales,
- Recherche d'un médecin en cas d'absence ou d'indisponibilité du médecin traitant, et dès lors que l'événement ne relève pas de l'urgence,
- Recherche d'une infirmière sur prescription médicale,
- Recherche d'intervenants médicaux en dehors des heures d'ouverture des cabinets.

Organisation du transport médical

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

Aide aux démarches

- Orientation vers les services appropriés (organismes sociaux, démarches auprès de l'employeur, caisses d'allocations familiales, aide sociale, aide aux handicapés...),
- Transmission de messages urgents à la famille.

Relais administratif

■ Remplacement du Travaill(e)ur Non Salarié

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

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

Si l'assuré ne souhaite pas utiliser les services d'une agence d'intérim, MAAF Assistance peut prendre en charge le transport Aller / Retour d'un proche parent.

■ Communication vers les clients et/ou les fournisseurs

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

Les messages sont envoyés par téléphone, fax ou e-mail dans un délai de 48 heures à réception d'une liste n'excédant pas 1 000 noms.

Pour la garantie « Relais administratif », la responsabilité de MAAF Assistance ne pourra en aucun cas être recherchée dans le cas d'une mauvaise utilisation ou interprétation inexacte du (des) renseignement(s) communiqué(s).

MAAF Assistance n'est pas tenue à l'exécution de cette garantie si aucune personne n'est disponible ou ne correspond aux critères définis par l'assuré.

Livraison de médicaments

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

Services

■ Portage d'espèces à domicile

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

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

■ Portage de repas à domicile

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

■ Portage de courses à domicile

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

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

■ Coiffure à domicile

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

Assistance psychologique

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

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

■ Accueil et consultation psychologique

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

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

■ Suivi psychologique

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

- soit par téléphone auprès du même psychologue,
- soit au cabinet d'un psychologue clinicien agréé (uniquement en France Métropolitaine), proche du domicile de l'assuré 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.

➔ ASSISTANCE SANTÉ À DOMICILE

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.

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

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

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

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

Assistance psychologique maternité

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

■ Accueil et consultation psychologique

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

■ Suivi psychologique

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

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

MAAF Assistance prend en charge le coût des consultations.

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

Organisation et mise à disposition d'un ergothérapeute

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

Aide à l'organisation des obsèques

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

Avance des frais d'obsèques

- Remboursables dans un délai de 1 mois.

■ IMPORTANT :

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

LES NUMÉROS UTILES

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

MAAF Assistance est à leur écoute 24H/24. Ils doivent se munir du Numéro de Sociétaire de l'entreprise ayant souscrit le

contrat et appeler le n° Vert : **0 800 16 17 18** Service & appel gratuits

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

S'ils sont sourds ou malentendants, ils peuvent communiquer avec MAAF Assistance en composant le 114 (valable dans l'ensemble de l'Union Européenne), par SMS au 06 78 74 53 72 ou par FAX au 01 47 11 71 26

LES SERVICES

Un réseau de professionnels de santé vous aide à maîtriser vos dépenses sur les postes les plus coûteux. Ils se sont engagés contractuellement sur de bonnes pratiques professionnelles et sur des tarifs négociés.

Pour connaître les coordonnées de ces professionnels de santé et pour disposer de services en ligne, connectez-vous sur **votre Espace client MAAF sur [maaf.fr](https://www.maaf.fr)**.

ÉTENDUE TERRITORIALE

MAAF Santé intervient pour des frais médicaux engagés en France métropolitaine et dans les DROM.

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

Le remboursement de MAAF Santé interviendra alors en complément de celui du Régime Obligatoire.

■ **Dans le cas d'une maladie survenue dans un pays ayant signé une convention avec la France, ou en Suisse ou dans un pays de l'Union européenne ou de l'Espace Economique Européen**, les dépenses engagées par les Bénéficiaires sont prises en charge par la caisse étrangère, sans que leur montant ne puisse excéder celui qui aurait été alloué en France par le Régime Obligatoire. Les Garanties complémentaires attachées au présent contrat sont alors accordées sur la base des Taux de remboursement du Régime Obligatoire français.

■ **Dans le cas d'une maladie survenue dans un autre pays**, les caisses françaises procèdent au remboursement des soins dans les conditions prévues à l'article R. 160-4 du Code de la Sécurité sociale. Les Garanties complémentaires attachées au présent Contrat sont accordées dès lors que le Régime Obligatoire français admet la prise en charge des frais de santé.

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

LE RÈGLEMENT DES PRESTATIONS

Vous bénéficiez des Prestations prévues par le Niveau de Garanties choisi par votre employeur, spécifié sur les Conditions particulières du Contrat souscrit par votre employeur.

Il vous est remis une attestation permettant la pratique du Tiers-payant. **Avant tout dépense, vous devrez penser à la présenter, elle pourra vous éviter l'avance de certains frais auprès des professionnels de la santé qui l'acceptent et avec lesquels MAAF Santé a des accords.** Cette attestation reste la propriété de MAAF Santé.

Si vous n'avez pas bénéficié du Tiers payant sur la part complémentaire et que des prestations restent à votre charge, n'oubliez pas d'adresser les justificatifs correspondants à MAAF Santé - Chaban de Chauray - 79036 Niort Cedex, pour en obtenir le remboursement.

La participation de MAAF Santé s'effectue à partir :

- soit des originaux des bordereaux de remboursement de votre régime d'assurance maladie,
- soit des images informatiques télétransmises des bordereaux de remboursement de l'assurance maladie et des factures subrogatoires des fournisseurs pour les prestations supplémentaires (fauteuil roulant, prothèses mammaires et capillaires, appareillages auditifs et autres appareillages),

- soit du justificatif d'évolution de la vue en cas de renouvellement des Lunettes dans une période inférieure à 2 ans pour un adulte ou un enfant de plus de 16 ans,
- soit de la facture délivrée par le pharmacien pour les vaccins et les tests et auto-tests de dépistage non pris en charge par le Régime Obligatoire,
- soit de l'ordonnance du praticien et de la facture du pharmacien pour les substituts nicotiques et les crèmes solaires,
- soit de la facture délivrée par le praticien pour les Lentilles, les Prothèses dentaires et les Implants dentaires, l'ostéodensitométrie, la diététique, l'ostéopathie, la chiropractie lorsque ces actes ne sont pas pris en charge par le Régime Obligatoire,
- soit de toute facture faisant état de l'achat de préservatifs,
- soit d'un justificatif de naissance pour le versement de la prime.

Vous devez présenter vos demandes de remboursement à MAAF Santé dans un délai maximum de deux ans après paiement par votre régime d'assurance maladie ou après paiement de la facture pour les actes non pris en charge par la Sécurité sociale.

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.

LES COTISATIONS

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

La modification de la cotisation peut avoir pour motif :

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

L'ENTRÉE EN VIGUEUR DES GARANTIES

Les Garanties débutent dès votre admission au Contrat, et ce, quelle que soit l'antériorité de l'affection ayant entraîné les frais engagés postérieurement à la date d'admission. L'admission est conditionnée par la réception de votre bulletin individuel d'affiliation dûment complété.

Le Contrat, basé sur vos déclarations et celles de l'entreprise souscriptrice, est incontestable dès qu'il a pris existence.

CESSATION DE L'ADHÉSION

Les Garanties cessent pour vous :

- soit à la date à laquelle vous êtes radié des listes du personnel ou à la date à laquelle vous bénéficiez d'une pension de vieillesse, sauf application du paragraphe - MAINTIEN DES GARANTIES,

- soit à la date à laquelle vous ne faites plus partie de la catégorie assurée,
- soit à la date de résiliation du Contrat, sauf en ce qui concerne les frais exposés pour des soins engagés antérieurement à cette date et communiqués à MAAF Santé dans les délais fixés au paragraphe LE RÉGLEMENT DES PRESTATIONS.

A l'égard de vos Ayants droit :

- à la date de cessation de vos Garanties,
- à la date à laquelle ils ne répondent plus aux conditions leur conférant la qualité de Bénéficiaires (cf. paragraphe QUI PEUT ÊTRE ASSURÉ).

LE MAINTIEN DES GARANTIES

■ Maintien obligatoire des Garanties

Vos Garanties sont maintenues en cas de suspension de votre contrat de travail, si vous bénéficiez soit :

- d'un maintien total ou partiel de salaire (ou d'une indemnité d'activité partielle au titre de l'article L.5122-1 du Code du travail),
- d'indemnités journalières (ou d'une rente d'invalidité ou d'incapacité) versées par le Régime Obligatoire,
- d'indemnités journalières complémentaires financées au moins en partie par le Souscripteur, qu'elles soient versées directement par ce dernier ou pour son compte par l'intermédiaire d'un tiers. Le maintien est également effectif si vous percevez une rente d'invalidité ou d'incapacité.

Le maintien est alors assuré pour la durée de la suspension de votre contrat de travail, dans les mêmes conditions que celles appliquées aux salariés en activité effective.

■ Maintien facultatif des Garanties

En cas de suspension de votre contrat de travail en dehors des cas précités (notamment congé sabbatique, congé pour création d'entreprise, congé parental d'éducation, congé sans solde), **les Garanties sont suspendues de plein droit.**

L'Assureur vous propose alors un **système de maintien facultatif** de la Garantie souscrite à titre individuel, moyennant le paiement d'une cotisation **entièrement financée par vous**. La cotisation mensuelle, calculée sur la base du tarif des actifs, est payable par avance par vous.

Si la suspension du contrat de travail intervient **en cours de vie du Contrat**, vous devrez, pour bénéficier des mêmes Garanties que celles dont vous étiez bénéficiaire au sein de l'entreprise dans le cadre du présent Contrat, en faire la demande **dans le mois qui suit la suspension de votre contrat de travail.**

Les salariés dont le contrat de travail est suspendu **à la date d'effet du Contrat** et qui appartiennent à la catégorie de personnel assuré peuvent également bénéficier des Garanties du Contrat, dans les conditions énoncées ci-avant, **sous réserve qu'ils aient été portés à la connaissance de l'Assureur préalablement à la souscription du Contrat** et que leur bulletin individuel d'affiliation dûment complété et signé ait été transmis préalablement à l'Assureur **dans le mois qui suit la date d'effet du Contrat**. Après acceptation de la demande par l'Assureur, les Garanties prendront effet au plus tôt, à la même date que le présent Contrat sous réserve du paiement de la cotisation correspondante.

En plus des cas spécifiés ci-après dans les dispositions communes, la Garantie souscrite à titre individuel peut être résiliée par vous dans les conditions suivantes :

- **la Garantie peut être dénoncée à l'échéance annuelle par déclaration auprès d'un conseiller (en agence ou téléphone) ou par lettre ou support durable (mail) moyennant le respect d'un préavis de 2 mois avant le 31 décembre de l'année en cours, la date de la notification faisant foi. Les Garanties seront alors résiliées le 31 décembre de l'année en cours (à minuit),**
- **vous pouvez également, à l'expiration d'un délai d'un an à compter de votre adhésion, résilier votre adhésion à tout moment, 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 (mail). La résiliation prend effet un mois après que l'Assureur en aura reçu notification. Dans le cas où vous souhaitez résilier votre adhésion afin de souscrire un nouveau contrat auprès d'un autre assureur, ce dernier effectue les formalités nécessaires à l'exercice du droit de résiliation. Vous ne serez alors redevable que de la partie de cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque est couvert, cette période étant calculée jusqu'à la date d'effet de la résiliation. L'Assureur est tenu de rembourser le solde dans un délai de trente jours à compter de la résiliation.**

Dans les deux cas susvisés, la résiliation est définitive pendant toute la durée de la suspension du contrat de travail.

■ Dispositions communes : durée du maintien

La Garantie cesse pour vous et vos Ayants droit :

- si la cotisation n'est plus réglée,
- si vous ne figurez plus sur le bordereau trimestriel fourni par le Souscripteur,
- à la date à laquelle vous cessez d'appartenir à la catégorie de personnel assuré visée au Contrat,
- à la date de rupture de votre contrat de travail, quel qu'en soit le motif,
- le jour de la liquidation normale ou anticipée de votre pension d'Assurance Vieillesse quel qu'en soit le motif,
- au jour de la résiliation du Contrat. Dès que le Contrat est résilié, il ne peut être maintenu dans ses effets à titre individuel,
- à la date à laquelle vous cessez d'être couvert par le Contrat collectif à adhésion obligatoire,
- à votre décès,
- et en tout état de cause, dans les conditions prévues à la présente Notice d'information.

☞ En cas de rupture ou de fin de contrat de travail : dispositif dit de « portabilité »

La loi de Sécurisation de l'Emploi N°2013-504 du 14 juin 2013 et l'article L.911-8 du Code de la Sécurité sociale, prévoient à certaines conditions le maintien des garanties Frais de santé en cas de rupture ou de fin du contrat de travail. Ce dispositif est dénommé **portabilité**.

■ Prise d'effet et durée du maintien

Pour toute cessation de votre contrat de travail, les Garanties **Frais de santé vous sont maintenues ainsi qu'à vos Ayants droit** et ce, tant que vous ouvrez droit à la portabilité. Les Garanties maintenues sont celles définies par le Contrat et suivront s'il y a lieu l'évolution des Garanties des salariés actifs de l'Entreprise.

Les Garanties du Contrat vous seront maintenues dès le lendemain de la cessation de votre contrat de travail.

Vous pouvez bénéficier du dispositif dit « de portabilité » si vous justifiez des conditions cumulatives suivantes :

- vos droits à remboursements complémentaires ont été ouverts avant la cessation de votre contrat de travail,
- la cessation de votre contrat de travail n'est pas consécutive à une faute lourde,
- et vous justifiez d'une prise en charge par l'assurance chômage (attestation Pôle Emploi).

Les Garanties sont maintenues pour vos Ayants droit, s'ils étaient précédemment couverts au titre du Régime.

Vous bénéficiez de la portabilité pour une durée égale à celle de votre dernier contrat de travail, ou, le cas échéant, des derniers contrats de travail lorsqu'ils sont consécutifs chez le même Employeur. Cette durée est appréciée en mois et le cas échéant, arrondie au nombre supérieur, **dans la limite de 12 mois.**

■ Pièces à fournir

Vous devez justifier auprès de l'Assureur, votre droit au maintien des garanties :

- à l'ouverture du dispositif de portabilité,
- au cours de la période.

Vous devrez pour cela transmettre votre bulletin d'adhésion au régime de portabilité ainsi qu'une attestation d'indemnisation du régime d'assurance chômage et toute pièce complémentaire demandée par l'Assureur.

■ Cessation du dispositif de portabilité

Le maintien des Garanties cesse :

- à la date de clôture de votre prise en charge par le Régime d'assurance chômage,
- à la date de reprise d'une activité professionnelle,
- dès lors que vous bénéficiez d'une pension de retraite servie par un Régime Obligatoire de base d'assurance vieillesse,
- à l'expiration de la durée de maintien (qui ne peut excéder 12 mois),
- en cas de non renouvellement ou de résiliation du contrat souscrit par votre ancien Employeur quel qu'en soit le motif,
- dès lors que les membres de votre famille assurés au contrat ne répondent plus à la définition des personnes pouvant être assurées indiquée page 3 de la présente notice d'information,
- en cas de décès.

La suspension temporaire de vos allocations chômage, par exemple en cas d'arrêt maladie, **n'a pas d'incidence sur le calcul de la durée de maintien.** En effet, celle-ci n'est pas prolongée de la durée de la suspension.

■ Financement du maintien

Le financement du maintien de la Garantie est assuré à titre gratuit. C'est-à-dire, qu'aucune cotisation n'est exigée de votre part. Le financement de la portabilité est assuré par un mécanisme de mutualisation et est ainsi inclus dans les cotisations obligatoires des salariés en activité dans l'entreprise.

En cas de fermeture de vos droits à Pôle Emploi au cours de la période de maintien (dans le cas d'une reprise d'activité professionnelle, par exemple), vous êtes **tenu** d'en informer l'Assureur.

Dans tous les cas, dès la cessation de votre contrat de travail, vous et les membres de votre famille assurés au contrat, ne disposez pas du système de Tiers payant. Ainsi il conviendra de restituer à MAAF Santé votre carte de Tiers payant.

☞ Si vous êtes titulaires d'une rente d'incapacité, d'invalidité, d'une pension de retraite ou d'un revenu de remplacement ; Ayant droit d'un Assuré décédé

L'article 4 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 dite loi « Evin » prévoit le maintien des Garanties après cessation du contrat de travail, dans certains cas spécifiques, y compris à l'issue de la période de portabilité.

Ainsi, si vous bénéficiez :

- d'une rente d'**incapacité** ou d'invalidité de la Sécurité sociale ;
- d'une **pension de retraite** servie par un Régime Obligatoire de base d'assurance vieillesse ;
- d'un **revenu de remplacement**, dans le cas où vous êtes privé d'emploi.

Vous pouvez conserver les Garanties Frais de Santé **sans condition de durée**, moyennant le paiement des cotisations correspondantes à condition :

- d'en faire la demande **dans les 6 mois** qui suivent la fin des Garanties antérieures ;
- d'adhérer à titre **individuel** au Régime des anciens salariés.

Couverture de vos Ayants droit à la suite de votre décès :

En cas de décès, **vos Ayants droit éventuellement affiliés au Régime**, ont la faculté de demander le maintien de la couverture dont ils bénéficiaient par votre intermédiaire.

Le maintien est effectif pendant une **durée de douze mois** à compter de votre décès, sous réserve que vos Ayants droit en aient fait la demande dans les six mois suivant votre décès.

Conformément aux dispositions de la loi « Evin », le maintien des Garanties nécessite que vous ou vos Ayants droit éventuellement affiliés au Régime, souscriviez auprès de l'Assureur un contrat à titre **individuel**.

Les tarifs applicables tiendront compte de la réglementation en vigueur à la date d'effet du maintien.

LITIGES

En cas de difficulté relative à l'application du Contrat, le Souscripteur, les Bénéficiaires s'engagent à tenter de résoudre le litige à l'amiable avant d'avoir recours si nécessaire à une procédure contentieuse.

Informations sur le contrat

Lorsque le Souscripteur ou les Bénéficiaires souhaitent obtenir des précisions sur les clauses et conditions d'application du Contrat, notamment au moment de leur affiliation, ils peuvent s'adresser en priorité à leur conseiller MAAF ou à défaut à MAAF Santé, Assureur du Contrat.

Réclamations

Une Réclamation est un acte par lequel vous manifestez votre Mécontentement. N'est pas une Réclamation, une demande de service ou de Prestation, une demande d'information, de clarification ou une demande d'avis.

La Réclamation : comment réclamer ?

En face à face, par téléphone, par courrier ou par courriel en cas de difficultés dans l'application des dispositions du présent contrat :

1) Contactez votre interlocuteur de proximité :

- soit votre Conseiller MAAF,
- soit MAAF Santé, Assureur de ce Contrat sur la cause spécifique de votre Mécontentement (cotisations, Prestations...).

Il transmettra, si nécessaire, une question relevant de compétences particulières, au service chargé en proximité, de traiter votre Réclamation sur cette question.

Vous recevrez un accusé de réception sous 10 jours ouvrables maximum.

Vous serez tenu informé de l'avancement de l'examen de votre situation, et recevrez, sauf exception, une réponse au plus tard dans les deux mois qui suivent la réception de votre Réclamation.

2) Si votre Mécontentement persiste, ou si ce premier échange ne vous donne pas satisfaction, vous pourrez vous adresser au service Réclamations et Qualité client MAAF que vous pouvez joindre :

Par courrier

MAAF Assurances Service Réclamations et Qualité Client
MAAF 79036 – NIORT CEDEX 09

Par courriel

service.reclamationsetqualiteclient@maaf.fr

Par téléphone

05 49 17 53 00

De 10h à 11h30 et 13h à 17h30 du lundi au vendredi.

Ce service intervient uniquement si vous n'avez pas trouvé de solution avec votre interlocuteur de proximité. Il réexamine votre demande en collaboration avec votre interlocuteur de proximité. Après avoir repris tous les éléments de votre demande, il vous fera part de son analyse.

La durée cumulée du délai de traitement de votre Réclamation par l'interlocuteur de proximité et par le Service Réclamations et Qualité Client MAAF, si vous exercez ce recours, n'excèdera pas, sauf circonstances particulières, celle fixée et révisée périodiquement par l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (exemple : deux mois au 1^{er} mai 2017).

3) En cas de désaccord avec cette analyse (ou de non réponse dans les délais impartis), vous pouvez saisir gratuitement le Médiateur de l'assurance qui examinera amiablement votre demande. Il intervient si votre Réclamation a déjà été instruite par le Service Réclamations et Qualité client MAAF.

- par courrier simple à l'adresse suivante : La Médiation de l'Assurance - TSA 50110 - 75441 Paris cedex 09,
- Sur le site <https://www.mediation-assurance.org>. Vous disposez d'un formulaire en ligne « Je saisis le médiateur »,
- Sur la plate-forme européenne : <https://ec.europa.eu/consumers/odr>

Vous disposez d'un délai d'un an à compter de votre Réclamation écrite auprès du professionnel pour saisir le Médiateur.

En cas d'échec avec les démarches susvisées, vous conservez naturellement l'intégralité de vos droits à agir en justice.

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 (ACPR), 4 Place de Budapest, CS 92459, 75436 PARIS cedex 09.

LA SUBROGATION

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

LA PRESCRIPTION

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 fautive ou inexacte sur le risque couru, du fait du membre participant, que du jour où la mutuelle ou l'union en a eu connaissance ;
- 2° En cas de réalisation du risque, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.

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

La prescription est portée à dix ans lorsque, pour les opérations mentionnées au b du 1° du I de l'article L. 111-1 du Code de la mutualité, le Bénéficiaire n'est pas le membre participant et, dans les opérations relatives aux Accidents 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, adressé par la mutuelle ou l'union au membre participant, en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation, et par le membre participant, le Bénéficiaire ou l'Ayant droit à la mutuelle ou à l'union, en ce qui concerne le règlement de l'indemnité.

Article L.221-12-1 du Code de la mutualité : 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.

PROTECTION DES DONNÉES PERSONNELLES

■ À qui sont transmises vos données personnelles ?

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

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

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

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

■ Pourquoi avons-nous besoin de traiter vos données personnelles ?

1. Vos données personnelles sont traitées par votre Assureur et par le groupe Covéa afin de :

- conclure, gérer et exécuter les garanties de votre contrat d'assurance ;
- réaliser des opérations de prospection commerciale ;
- permettre l'exercice des recours et la gestion des réclamations ;
- conduire des actions de recherche et de développement ;
- mener des actions de prévention ;
- élaborer des statistiques et études actuarielles ;
- lutter contre la fraude à l'assurance ;
- mener des actions de lutte contre le blanchiment et le financement du terrorisme ;
- exécuter ses obligations légales, réglementaires et administratives en vigueur.

2. Ces traitements ont pour bases légales : l'intérêt légitime des responsables de traitement pour les finalités de prospection commerciale, de lutte contre la fraude à l'assurance, de recherche développement ainsi que d'actions de prévention ; et votre contrat pour les autres finalités citées, hors données de santé. Lorsque la base légale est le contrat, le refus de fournir vos données entraîne l'impossibilité de conclure celui-ci.

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

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

■ Quelle protection particulière pour vos données de santé ?

Votre Assureur et le Groupe Covéa traitent des données personnelles relatives à votre santé aux fins de conclusion et gestion de votre contrat et/ou l'instruction et la gestion de votre sinistre. Ces données sont également utilisées à des fins de lutte contre la fraude à l'assurance.

Vos données de santé sont nécessaires à l'assureur pour évaluer les risques. En aucun cas vos données de santé ne seront utilisées à des fins de prospection commerciale.

Compte tenu de leur particulière sensibilité, le traitement de ces données de santé est soumis à l'obtention de votre consentement. Pour garantir la confidentialité de vos données de santé et le respect du secret médical, elles sont destinées exclusivement au service médical de l'assureur ainsi qu'au seul personnel spécifiquement formé à leur traitement par le service médical.

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

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

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

■ Pendant combien de temps vos données personnelles sont-elles conservées ?

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

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

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

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

■ Quels sont les droits dont vous disposez ?

Vous disposez :

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

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

- d'un **droit de demander la portabilité** de certaines données. Plus restreint que le droit d'accès, il s'applique aux données personnelles que vous avez fournies (de manière active, ou qui ont été observées dans le cadre de votre utilisation d'un service ou dispositif) dans le cadre de la conclusion et la gestion de votre contrat.
- d'un **droit d'opposition**, qui vous permet de ne plus faire l'objet de prospection commerciale de la part de votre Assureur ou de ses partenaires, ou, pour des raisons tenant à votre situation particulière, de faire cesser le traitement de vos données à des fins de recherche et développement, de lutte contre la fraude et de prévention.
- d'un **droit de rectification** : il vous permet de faire rectifier une information vous concernant lorsque celle-ci est obsolète ou erronée. Il vous permet également de faire compléter des informations incomplètes vous concernant.
- d'un **droit d'effacement** : il vous permet d'obtenir l'effacement de vos données personnelles sous réserve des durées légales de conservation. Il peut notamment trouver à s'appliquer dans le cas où vos données ne seraient plus nécessaires au traitement.
- d'un **droit de limitation**, qui vous permet de limiter le traitement de vos données (ne faisant alors plus l'objet d'un traitement actif) :
 - en cas d'usage illicite de vos données ;
 - si vous contestez l'exactitude de celles-ci ;
 - s'il vous est nécessaire de disposer des données pour constater, exercer ou défendre vos droits.
- d'un **droit d'obtenir une intervention humaine** : votre Assureur peut avoir recours à une prise de décision automatisée en vue de la souscription ou de la gestion de votre contrat pour l'évaluation du risque. Dans ce cas, vous pouvez demander quels ont été les critères déterminants de la décision auprès de votre Délégué à la protection des données.

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

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

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

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

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

■ Le traitement de vos données par l'ALFA

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

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

Pour faciliter la lecture, certains termes signalés par une majuscule dans les différents articles de ce document (à l'exclusion des pages 8 à 13 portant sur les garanties Assistance Santé à domicile) sont définis ci-après.

Accident : Toute atteinte à l'intégrité physique, non intentionnelle et provenant de l'action fortuite, soudaine, violente et imprévisible d'une cause extérieure à l'Assuré.

Actes cliniques : Consultations et visites de médecins généralistes ou spécialistes, y compris stomatologues et nutritionnistes.

Acte de mise en place (article L.911-1 du Code de la Sécurité sociale) : Convention ou accord collectif, projet d'accord soumis au vote de la majorité du personnel, ou décision unilatérale de l'employeur à l'origine de la mise en place du Régime.

Actes techniques médicaux : Actes médicaux (hors diagnostic) réalisés par les médecins et remboursés par le Régime Obligatoire.

Aides auditives : Dispositifs médicaux visant à compenser une perte auditive. Ils sont exclusivement délivrés par des audioprothésistes, sur prescription médicale. La prise en charge des Aides auditives comprend le remboursement de l'équipement et de toutes les prestations qui y sont liées (évaluation des besoins, choix de l'appareil, adaptation et réglages, accompagnement à l'utilisation, contrôle et suivi tout au long de l'utilisation de l'appareil) ainsi que des frais de dossier administratifs.

Selon les recommandations professionnelles, pour une bonne utilisation des Aides auditives, une visite de contrôle doit être réalisée deux fois par an ; elle est incluse dans le prix global déjà payé.

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

Analyses et examens de laboratoire : Il s'agit de l'ensemble des examens (prélèvements, analyses...), généralement réalisés par un laboratoire d'analyses de biologie médicale. La plupart des actes de biologie médicale sont remboursés par le Régime Obligatoire.

Assureur (mutuelle) : désigne MAAF Santé.

Assuré : Membre du personnel ou ancien salarié du Souscripteur relevant de la catégorie de personnel assuré, affilié au présent Contrat et sur la tête duquel repose le risque.

Ayant droit : Personne pouvant bénéficier des Garanties en raison de ses liens familiaux avec l'Assuré, selon la définition exposée dans le paragraphe « Qui peut être assuré » de la présente Notice d'information.

Base de remboursement (BR) : Tarif servant de référence au Régime Obligatoire pour déterminer le montant de son remboursement. On parle de :

- Tarif de convention (TC) lorsque les actes sont effectués par un professionnel de santé conventionné avec le Régime Obligatoire. Il s'agit d'un tarif fixé par une convention signée entre le Régime Obligatoire et les représentants de cette profession.

- Tarif d'autorité (TA) lorsque les actes sont effectués par un professionnel de santé non conventionné avec le Régime Obligatoire. Il s'agit d'un tarif forfaitaire qui sert de Base de remboursement.
- Tarif de responsabilité (TR) ou Tarif forfaitaire de responsabilité (TFR) pour les Médicaments, appareillages et autres biens médicaux.

Bénéficiaire : Assuré, ainsi que ses éventuels Ayants droit sous réserve du respect des dispositions prévues dans la présente Notice d'information.

Chambre particulière : Cette Prestation, proposée par les établissements de santé, permet à un patient hospitalisé d'être hébergé dans une chambre individuelle (pour une personne).

La chambre individuelle est facturable au patient lorsqu'il demande expressément à être hébergé en chambre individuelle. La chambre individuelle n'est pas facturable lorsque la prescription médicale impose l'isolement, comme par exemple dans un établissement psychiatrique ou de soins de suite. Une Chambre particulière peut être facturée à l'occasion d'une Hospitalisation Ambulatoire. Le coût de la chambre individuelle varie selon les établissements et les services.

Chirurgie Ambulatoire : C'est la chirurgie réalisée à l'occasion d'une Hospitalisation de moins de 24 heures dans un établissement de santé (sans nuitée donc) ou en cabinet médical, le patient arrivant et repartant le jour même.

Chirurgie réfractive : Différentes techniques chirurgicales (notamment l'opération de la myopie au laser, qui est la plus fréquente) permettent de corriger les défauts visuels. Le Régime Obligatoire ne prend pas en charge ces opérations. La Chirurgie réfractive comprend les opérations de la myopie, de la presbytie, de l'astigmatisme, de l'hypermétropie... **En revanche, la cataracte n'est pas incluse dans la Chirurgie réfractive.**

Contrat : Contrat collectif à adhésion obligatoire souscrit par le Souscripteur auprès de MAAF Santé. Il est composé :

- des présentes Conditions générales,
- des Conditions particulières signées par le Souscripteur et l'Assureur qui viennent préciser notamment la date d'effet du Contrat, les caractéristiques de la catégorie de personnel assuré, les Garanties choisies applicables et les cotisations correspondantes.

Contrat "responsable et solidaire" - couverture minimale - : les Garanties définies par le présent Contrat sont prises en charge conformément aux dispositions relatives aux contrats dits "responsables" telles que définies à l'article L.871-1 du Code de la Sécurité sociale et à la couverture minimale prévue à l'article L.911-7 du Code de la Sécurité sociale, ainsi que par leurs textes d'application.

Dans ce cadre, les remboursements indiqués dans le Tableau des Garanties peuvent donner lieu à une majoration ou une minoration de manière à respecter les minima ou les maxima prévus dans le cadre du contrat responsable (article L.871-1 du Code de la Sécurité sociale).

Ainsi, l'Assureur prend obligatoirement en charge :

- le Ticket modérateur pour l'ensemble des dépenses de santé, à l'**exception des frais de cures thermales, des Médicaments remboursés dont le Service médical rendu a été classé faible ou modéré**. Il couvre notamment à hauteur du Ticket modérateur l'ensemble des actes de prévention pris en charge par le Régime Obligatoire,
- l'intégralité du Forfait journalier hospitalier des établissements hospitaliers sans limitation de durée. **Cette obligation ne concerne pas le forfait journalier des établissements médico-sociaux, tels que les maisons d'accueil spécialisées (MAS) ou encore les établissements d'hébergement pour personnes dépendantes (EHPAD), ni les frais de cure thermique,**
- l'intégralité, après intervention du Régime Obligatoire, des Lunettes, Prothèses dentaires, Aides auditives appartenant à une liste réglementée dite « 100 % Santé » (ou Équipements 100 % Santé ou Soins et prothèses 100 % Santé), dans la limite des Honoraires limites de facturation ou des Prix limites de vente, sous réserve du respect des règles légales de renouvellement,
- les équipements d'optique médicale à prise en charge libre (ou Équipements à prise en charge libre), dans le respect des planchers et plafonds de remboursement prévus par la réglementation et des règles légales de renouvellement,
- les Aides auditives à prise en charge libre (ou Équipements à prise en charge libre) dans le respect de la prise en charge minimale du Ticket modérateur et des plafonds de remboursement prévus par la réglementation et des règles légales de renouvellement,
- les Prothèses dentaires à prise en charge libre (n'appartenant pas aux « Soins et prothèses 100 % Santé ») ou l'Orthodontie prises en charge par le Régime Obligatoire, dans le respect du plancher de remboursement prévu par la réglementation,

Conformément à l'article L. 871-1 du Code de la Sécurité sociale, l'Assureur permet aux Bénéficiaires de bénéficier du Tiers payant (dispense d'avance de frais) au moins à hauteur des Tarifs de responsabilité sur toutes les Garanties prévues à titre obligatoire par la réglementation applicable aux contrats dits « responsables » et selon les dispositions des conventions passées avec les professionnels de santé.

Dès lors que le Contrat frais de santé prévoit une prise en charge au-delà du Ticket modérateur, l'Assureur plafonne le montant de ses remboursements concernant les Dépassements d'honoraires pris par les professionnels de santé n'ayant pas adhéré à l'un des Dispositifs de Pratiques Tarifaires Maîtrisées.

En particulier, sont exclus de la prise en charge :

- **la majoration du Ticket modérateur en cas de non-respect du Parcours de soins coordonnés (absence de désignation du Médecin traitant, consultation d'un autre médecin sans coordination du Médecin traitant),**
- **les Dépassements d'honoraires sur les Actes techniques médicaux et les Actes cliniques lorsque le Bénéficiaire ne respecte pas le Parcours de soins coordonnés, à hauteur du montant du dépassement autorisé sur les Actes techniques médicaux et les Actes cliniques,**
- **la Participation forfaitaire d'un euro pour les actes et consultations réalisés par un médecin, en ville, dans un établissement ou un centre de santé (hors Hospitalisation) et pour les actes de biologie, ainsi que les examens d'Imagerie médicale (article L.160-13 du Code de la Sécurité sociale),**

- **la Franchise médicale appliquée sur les Médicaments délivrés hors Hospitalisation, les actes paramédicaux en ville ou en établissement ou en centre de santé (hors Hospitalisation) et le Transport sanitaire à l'exception des transports d'urgence.**

Toute modification législative ou réglementaire ultérieure concernant le caractère responsable du Contrat sera automatiquement intégrée au Contrat pour prendre effet à la date où elle doit s'appliquer.

Par « **solidaire** » on entend, un contrat dont les cotisations ne sont pas fixées en fonction de l'état de santé de l'assuré.

Dépassements d'honoraires : Part des Honoraires qui se situe au-delà de la Base de remboursement du Régime Obligatoire et qui n'est jamais remboursée par ce dernier. Le Contrat peut prendre en charge tout ou partie des dépassements, si ses Garanties le prévoient, dans les limites fixées par le cahier des charges des contrats dits « responsables ».

Dispense d'affiliation : Faculté pour le salarié et éventuellement ses Ayants droit, de ne pas être affilié au Contrat conformément aux dispositions légales ou réglementaires ainsi que celles éventuellement prévues dans l'Acte de mise en place du Régime.

Dispositifs de Pratiques Tarifaires Maîtrisées (D.P.T.M) : Il s'agit de dispositifs négociés par l'Assuranceur Maladie et les syndicats médicaux visant à modérer les Dépassements d'honoraires. Exemples de dispositifs : Option Pratique Tarifaire Maîtrisée (OPTAM) et Option Pratique Tarifaire Maîtrisée Chirurgie Obstétrique (OPTAM-CO). Ils remplacent le Contrat d'accès aux Soins (CAS) depuis le 01/01/2017.

Envoi recommandé électronique : Désigne la lettre recommandée électronique, conforme au dispositif prévu par la loi, qui apporte les mêmes garanties que la lettre recommandée papier.

Ce dispositif impose à un tiers opérateur, chargé de l'acheminement de la lettre recommandée électronique, d'identifier l'expéditeur au moment de l'envoi, puis le destinataire de la lettre au moment de sa remise. Il impose également la délivrance à l'expéditeur d'une preuve du dépôt électronique de la lettre et permet au destinataire de l'accepter ou de la refuser ou de simplement ne pas la réclamer.

Équipements 100 % Santé ou Soins et prothèses 100 % Santé : Les Bénéficiaires peuvent bénéficier de certaines prestations d'optique, d'Aides auditives et de Prothèses dentaires, intégralement remboursées par le Régime Obligatoire et le Contrat, donc sans frais restant à leur charge, sous réserve que les professionnels de santé respectent les tarifs maximums 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 le Régime Obligatoire est remboursée par le Contrat. Cette prise en charge par le Régime Obligatoire et le Contrat est plafonnée aux Honoraires limites de facturation ou aux Prix limites de vente.

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.

Forfait journalier hospitalier : somme due pour tout séjour hospitalier d'une durée supérieure à 24h dans un établissement de santé. Il s'agit d'une Participation forfaitaire du patient aux frais d'hébergement et d'entretien entraînés par son Hospitalisation.

Ce forfait n'est pas remboursé par le Régime Obligatoire.

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...).

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 le Régime Obligatoire, mais peuvent en revanche être pris en charge par certaines complémentaires santé.

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

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 réels : Dépenses réellement payées par les Bénéficiaires de la Garantie pour leurs dépenses de santé.

Franchise médicale : montant forfaitaire que le Régime Obligatoire ne rembourse pas et dont la prise en charge est interdite dans le cadre des Contrats responsables (Article L.160-13 du Code de la Sécurité sociale).

Cette Franchise médicale, à la charge des Bénéficiaires, concerne notamment les frais pharmaceutiques, les actes paramédicaux, les frais de Transports sanitaires à l'exception des transports d'urgence.

La Franchise médicale n'est pas remboursée par l'Assureur.

Garantie : C'est l'engagement de l'Assureur, en contrepartie d'une cotisation convenue d'avance, à assurer la prise en charge totale ou partielle de certains postes de dépenses qui composent la couverture complémentaire santé à un niveau défini à l'avance dans les documents contractuels du Contrat.

Honoraires (ou Honoraires médicaux) : Il s'agit de la rémunération d'un professionnel de santé libéral. Les Honoraires peuvent être perçus dans un établissement hospitalier (en clinique ou dans le cadre du secteur privé à l'hôpital) ou dans un cabinet en ville. Les Honoraires médicaux (perçus par les médecins et les sages-femmes) se distinguent des Honoraires paramédicaux.

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 partiellement ou totalement par le Régime Obligatoire et par le Contrat (prise en charge du Ticket modérateur) 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 le Régime Obligatoire pour un acte donné. On parle également de « tarifs plafonnés ».

Des Honoraires limites de facturation sont appliqués à certaines Prothèses dentaires, dont en particulier celles contenues dans les « Soins et prothèses 100 % Santé ».

Honoraires paramédicaux : Honoraires des professionnels paramédicaux, à savoir principalement les infirmiers, masseurs, kinésithérapeutes, orthophonistes, orthoptistes, pédicures-podologues.

Hospitalisation : L'Hospitalisation désigne généralement un séjour dans un établissement de santé en vue du traitement médical.

L'Hospitalisation Ambulatoire recouvre les séjours sans nuitée tant pour de la chirurgie que pour des actes de médecine (dialyse,...). L'Hospitalisation à domicile (HAD) constitue une alternative à l'Hospitalisation classique, et permet d'assurer des soins chez le patient.

Imagerie médicale : L'Imagerie médicale est utilisée à des fins cliniques afin de pouvoir proposer un diagnostic ou un traitement. Il existe plusieurs techniques d'Imagerie médicale : radiologie, échographie, imagerie par résonance magnétique (IRM), endoscopie, scanner, laser...

Implant dentaire : L'implantologie dentaire vise à remplacer une ou plusieurs dents manquantes en mettant en place une ou des racines artificielles dans l'os de la mâchoire, sur lesquelles sont fixées une ou plusieurs prothèses.

L'implantologie n'est pas remboursée par le Régime Obligatoire (sauf pathologies très particulières).

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

Inlays core : Dispositif prothétique servant de support pour la mise en place d'une couronne. Il est nécessaire lorsque la dent est très délabrée.

Cet acte est pris en charge intégralement par les contrats santé dits « responsables », en sus du remboursement du Régime Obligatoire, lorsqu'il est associé à une Prothèse dentaire relevant du panier « 100% Santé », dans la limite du tarif maximal défini pour cet acte.

Inlays Onlays : Traitement prothétique permettant de reconstruire la dent tout en la gardant vivante. Dans le cas de caries de volume important, la réalisation d'un Inlay ou d'un Onlay permet souvent d'éviter de réaliser une couronne.

Différents matériaux peuvent être utilisés (en métal, en composite ou en céramique).

Lentilles : Les Lentilles de contact sont des prothèses optiques corrigeant des défauts visuels, posées sur la cornée. Le Régime Obligatoire ne rembourse les Lentilles de contact que pour certains défauts visuels.

Lunettes : Les Lunettes sont composées d'une monture et de deux verres. Elles permettent de corriger la plupart des problèmes de vue (myopie, hypermétropie, astigmatisme, presbytie).

Le prix des verres varie selon leur nature et leur puissance (verres unifocaux ou multifocaux, verres progressifs), la qualité et les traitements appliqués aux verres (verres amincis, traitements antireflets ou anti-rayures, verres incassables...).

Les Équipements 100 % Santé sont intégralement remboursés par le Régime Obligatoire et le Contrat dans la limite des Prix limites de vente qui s'imposent aux opticiens.

Dans les autres cas, les opticiens fixent librement le tarif des montures et des verres. La prise en charge par le Contrat intervient selon les Garanties souscrites et dans la limite des plafonds prévus par les contrats dits « responsables ».

Pour les Bénéficiaires de plus de 16 ans, le renouvellement de la prise en charge intervient après une période minimale de 2 ans, sauf variation significative de la vue ou en cas de situation médicale particulière.

Les opticiens ont l'obligation de remettre aux Bénéficiaires un devis préalable à la vente comportant le prix de la monture et de chaque verre, ainsi que le remboursement de ceux-ci par le Régime Obligatoire. Ce devis doit nécessairement comporter une proposition de prestation sans Reste à charge pour un Équipement 100 % Santé.

Maladie : Toute altération de santé constatée par une autorité médicale compétente et ouvrant éventuellement droit aux prestations du Régime Obligatoire.

Matériel médical : Ce sont les biens médicaux figurant sur la liste des produits et prestations (LPP) remboursables par le Régime Obligatoire.

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

Synonymes: appareillage (petit ou grand).

Mécontentement : incompréhension du Souscripteur, d'un Bénéficiaire, ou désaccord, sur la réponse ou la solution

apportée, avec manifestation d'un sentiment d'injustice subie, exprimée dans le cadre d'une Réclamation. L'injure ou l'insulte ne sont pas considérées contractuellement comme l'expression d'un Mécontentement.

Médecin traitant – correspondant :

■ **Médecin traitant :** Dans le cadre du Parcours de soins coordonnés, le Médecin traitant, choisi par l'assuré social, est consulté en priorité par ce dernier et le suit tout au long de son Parcours de soins. Il oriente le patient, en cas de besoin, vers un autre praticien, le Médecin correspondant.

■ **Médecin correspondant :** Dans le cadre du Parcours de soins coordonnés, le Médecin correspondant est celui vers lequel le Médecin traitant oriente le patient pour avis. Il peut également assurer des soins programmés avec le Médecin traitant ou prendre en charge des séquences de soins spécialisés nécessitées par l'état de santé du patient.

Médicaments : Les Médicaments disponibles en pharmacie sont classés en catégories correspondant à différents niveaux de prise en charge.

Il existe 4 Taux de remboursement des Médicaments :

- 100 % pour les Médicaments reconnus comme irremplaçables et coûteux ;
- 65 % pour les Médicaments dont le Service médical rendu est majeur ou important (90 % pour le régime Alsace Moselle) ;
- 30 % pour les Médicaments dont le Service médical rendu est modéré et pour certaines préparations magistrales (80 % pour le régime Alsace Moselle) ;
- 15 % pour les Médicaments à Service médical rendu faible.

Les montants et Taux de remboursement sont communiqués par le pharmacien lors de la délivrance. Ils sont inscrits sur la facture remise par le pharmacien.

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

Certains Médicaments ne peuvent être délivrés que sur prescription médicale. D'autres peuvent être délivrés par votre pharmacien sans prescription (Médicaments dits à « prescription médicale facultative »). Le Régime Obligatoire ne rembourse que les Médicaments ayant fait l'objet d'une prescription médicale.

Les prix des Médicaments non remboursables par le Régime Obligatoire sont libres et peuvent varier d'une pharmacie à l'autre.

Niveau de Garanties : Ensemble des Garanties auxquelles une cotisation donne droit.

NOEMIE : NOEMIE est le nom donné à la norme d'échange entre le Régime Obligatoire et l'Assureur.

C'est par ce moyen que le Régime Obligatoire transmet aux organismes complémentaires les informations nécessaires au remboursement d'un Bénéficiaire.

Orthodontie : discipline médicale pratiquée par les médecins stomatologues ou les chirurgiens dentistes. Elle vise à corriger ou 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 partiel-

lement 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 d'honoraires sont fréquents. Il est important d'obtenir un devis avant de commencer le traitement.

Parcours de soins coordonnés : 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 tous les assurés sociaux de l'assurance maladie obligatoire et leurs ayants droit de moins de 16 ans.

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

- a déclaré un Médecin traitant auprès du Régime 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.

La majoration de la participation de l'assuré considéré hors Parcours de soins ne peut pas être remboursée par les contrats de complémentaire santé « responsables ».

Partenaires Santéclair : Professionnels de la santé, partenaires de Santéclair (RCS Nantes n°428 704 977) accessibles selon leur implantation. Leurs coordonnées sont consultables à partir de l'espace client ou en contactant un conseiller MAAF.

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

- des enfants de moins de 18 ans,
- des femmes enceintes à partir du 6^{ème} mois de grossesse et jusqu'au 12^{ème} jour suivant la date de l'accouchement,
- des bénéficiaires de la Complémentaire santé solidaire 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 d'un euro n'est pas remboursée par les complémentaires santé « responsables ».

Prestation : Montant remboursé au Bénéficiaire par l'Assureur en application des Garanties souscrites et des conditions prévues au Contrat.

Prestation d'adaptation visuelle : Lors du renouvellement par l'opticien d'une ordonnance médicale de verres correcteurs, un examen de la vue peut être réalisé et facturé par l'opticien aux fins d'actualiser l'ordonnance.

Prestation d'appairage : Dans les cas où un patient a besoin d'une paire de Lunettes avec deux types de verres « 100 % Santé » différents (indice de réfraction différent ou type de verres différents), une Prestation d'appairage de verres peut être nécessaire dans un but esthétique et d'équilibrage de la monture. Cette prestation spécifique pourra alors être facturée par l'opticien.

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 le Régime Obligatoire est assortie d'un Prix limite de vente.

S'agissant des Médicaments pris en charge par le Régime 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 « Équipements 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.

Prothèses dentaires : Les Prothèses dentaires remplacent ou consolident une ou plusieurs dents abîmées. Il en existe différents types :

- Les prothèses fixes, comme les couronnes et les bridges. Une couronne reconstitue durablement la dent pour la protéger. Lorsque plusieurs dents sont absentes, la reconstitution peut s'effectuer sous forme de bridge. Les prothèses fixes remboursées par le Régime Obligatoire sont réalisées dans les types de matériaux suivants : couronne métallique, céramo-métallique, zircone et céramo-céramique.
- Les prothèses amovibles sont des appareils dentaires (« dentiers ») qui peuvent s'enlever, et qui remplacent généralement plusieurs dents.

Les chirurgiens-dentistes se sont engagés à appliquer des Honoraires limites de facturation selon le type de prothèse et la localisation de la dent (canine, incisive, prémolaire, molaire).

Pour certaines Prothèses dentaires, entrant dans le panier de soins « Soins et prothèses 100 % Santé », le Contrat prend en charge, en plus de la Base de remboursement du Régime Obligatoire, l'intégralité des dépenses engagées, permettant ainsi à l'Assuré de n'avoir aucun frais restant à sa charge, sous réserve que les chirurgiens-dentistes respectent les Honoraires limites de facturation.

Les Prothèses dentaires qui n'entrent pas dans le panier de soins « Soins et prothèses 100 % Santé » sont prises en charge par le Régime Obligatoire et le Contrat selon le Niveau de Garanties souscrit.

Les chirurgiens-dentistes doivent également respecter les Honoraires limites de facturation fixés pour certaines de ces Prothèses dentaires qui n'entrent pas dans le panier « Soins et prothèses 100 % Santé ».

Le chirurgien-dentiste est tenu de remettre un devis avant de poser une Prothèse dentaire. Ce devis doit comporter le prix d'achat de chaque élément de la Prothèse dentaire et le prix des prestations associées. Il doit nécessairement comporter une proposition entrant dans le panier « Soins et prothèses 100 % Santé » ou à défaut hors champ du panier « Soins et prothèses 100 % Santé » mais soumis à un tarif maximum de facturation, lorsqu'une telle proposition existe.

Réclamation : acte par lequel le Souscripteur ou un Bénéficiaire manifeste son Mécontentement. N'est pas une Réclamation une demande de service ou de Prestation, une demande d'information, de clarification ou une demande d'avis.

Régime : Ensemble des dispositions relatives au Contrat frais de santé des salariés tel que défini dans l'Acte de mise en place du Souscripteur.

Régime Obligatoire (RO) ou assurance maladie obligatoire : Régime français d'Assurance Maladie dont dépend le Bénéficiaire à travers la reconnaissance par un organisme dit de Sécurité sociale, y compris le régime local Alsace Moselle.

Reste à charge : C'est la part des dépenses de santé ou des frais qui reste à la charge de l'assuré social après le remboursement du Régime Obligatoire et de sa complémentaire santé.

Après intervention du Régime Obligatoire, le Reste à charge est constitué :

- du Ticket modérateur (sur les soins et prestations remboursés par le Régime Obligatoire) ;
- de l'éventuelle Franchise médicale ou Participation forfaitaire d'un euro ;
- des éventuels Dépassements d'honoraires ou tarifaires ;
- de l'éventuel Forfait journalier hospitalier ;
- des frais liés aux soins et prestations non prises en charge par le Régime Obligatoire.

Le Contrat couvre tout ou partie du Reste en charge, selon les Garanties souscrites.

Secteur conventionné : Ensemble des professionnels de santé ayant adhéré à la convention passée entre leurs représentants et le Régime Obligatoire et pratiquant des tarifs contrôlés.

Secteur non conventionné : Ensemble des professionnels de santé n'ayant pas adhéré à la convention passée entre leurs représentants et le Régime Obligatoire et pratiquant des tarifs libres. Le remboursement des actes par le Régime Obligatoire est alors effectué sur une base minorée.

Service médical rendu (S.M.R.) : Critère utilisé en santé publique pour classer les Médicaments en 5 niveaux selon l'efficacité et l'utilité des Médicaments (majeur, important, modéré, faible, insuffisant) et fixer leur Taux de remboursement par le Régime Obligatoire.

Soins dentaires : C'est l'ensemble des actes du chirurgien-dentiste ou du stomatologue qui contribuent à la prévention et aux premiers soins à apporter en cas de problème dentaire : il s'agit des consultations, des soins conservateurs tels que le détartrage ou le traitement d'une carie, mais aussi des soins chirurgicaux essentiels.

Souscripteur (entreprise ou employeur) : Personne physique ou morale souscrivant le Contrat au bénéfice de l'ensemble de ses salariés ou de la catégorie de personnel assuré, et dont le représentant habilité signe le Contrat.

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, le cas échéant, minoré de la Franchise médicale ou de la Participation forfaitaire d'un euro, pour aboutir au montant effectivement versé à l'assuré social par l'assurance maladie obligatoire.

La part non remboursée de la Base de remboursement est le Ticket modérateur.

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. Pour le Régime général de la sécurité sociale, il est par exemple de :

- 70 % de la Base de remboursement pour les actes médicaux ;
- 60 % de la Base de remboursement pour les actes paramédicaux,
- 60 % de la Base de remboursement pour le petit appareillage ;
- 100 %, 65 %, 30 % ou 15 % pour les Médicaments.

Le Taux de remboursement peut aussi varier en fonction du statut de l'assuré social (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 »).

Ticket modérateur : c'est la différence entre la Base de remboursement et le montant remboursé par l'assurance maladie obligatoire (avant application sur celui-ci de la Participation forfaitaire d'un euro ou d'une Franchise médicale qui ne sont pas remboursées par l'Assureur).

Tiers payant : Ce système de paiement évite aux Bénéficiaires de faire l'avance des frais auprès des prestataires de soins. Ces derniers sont payés directement par le Régime Obligatoire et/ou l'Assureur pour les soins ou produits.

Un pharmacien peut ne pas pratiquer le Tiers payant en cas de refus de l'usage de Médicaments génériques.

L'Assureur propose également un service de Tiers payant pour la part qu'il rembourse. C'est aux professionnels de santé de décider s'ils proposent ou non le service du Tiers payant pour la part complémentaire. Dans le cas où le professionnel de santé consulté ne souhaite pas proposer ce service, le Bénéficiaire ne peut pas en bénéficier.

Synonyme : dispense d'avance des frais.

Transport : Plusieurs types de Transport peuvent être prescrits par un médecin en fonction de l'état de santé et du degré d'autonomie du patient. Il peut s'agir d'une ambulance, d'un véhicule sanitaire léger (VSL), mais aussi d'un taxi conventionné avec le Régime Obligatoire, des transports en commun, etc.

La prise en charge de certains Transports, même prescrits par un médecin, nécessite l'accord préalable du service médical du Régime Obligatoire.

MAAF Santé

Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la Mutualité - SIREN 331 542 142 - Code APE 6512 Z
Siège social : Chaban 79180 Chauray - Adresse postale : Chauray - 79036 NIORT Cedex 09 - maaf.fr

