

# Règlement Mutualiste

**MAAF Santé**  
**79180 CHAURAY**

Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la Mutualité  
Siren n° 331 542 142

Règlement approuvé par l'Assemblée générale du 10 juin 2023 et le Conseil d'administration du 28 septembre 2023

## Sommaire

■ PRÉAMBULE .....	2
■ ARTICLE 1 : Objet du règlement .....	2
■ ARTICLE 2 : Droit applicable (article L 225-2 du Code de la Mutualité) .....	2
■ ARTICLE 3 : Objet de la garantie .....	2
■ CHAPITRE 1 – DISPOSITIONS COMMUNES.....	3
■ ARTICLE 4 : Conditions d'adhésion .....	3
■ ARTICLE 5 : Modalités d'adhésion .....	3
■ ARTICLE 6 : Information des membres participants.....	3
■ ARTICLE 7 : Entrée en vigueur du contrat .....	3
■ ARTICLE 8 : Ouverture des droits aux prestations.....	3
■ ARTICLE 9 : Attestation de tiers-payant .....	3
■ ARTICLE 10 : Étendue territoriale.....	3
■ ARTICLE 11 : Cotisation .....	3
■ ARTICLE 12 : Durée du contrat .....	4
■ ARTICLE 13 : Prescription.....	4
■ ARTICLE 14 : Déclaration du risque .....	5
■ ARTICLE 15 : Vente à distance.....	5
■ ARTICLE 16 : Démarchage .....	5
■ ARTICLE 17 : Justificatifs pour le versement des prestations .....	5
■ ARTICLE 18 : Subrogation .....	6
■ ARTICLE 19 : Secours.....	6
■ ARTICLE 20 : Engagement de la Mutuelle .....	6
■ ARTICLE 21 : Réclamations .....	6
■ ARTICLE 22 : Protection des données personnelles .....	6
■ ARTICLE 23 : La résiliation du contrat .....	8
■ ARTICLE 24 : La compensation .....	8
■ CHAPITRE 2 – DISPOSITIONS SPÉCIFIQUES .....	8
2.1 INDEMNITÉS JOURNALIÈRES.....	8
2.2 FRAIS MÉDICAUX .....	9
■ GAMME MÉDIKA.....	9
■ GAMME VITAMINE .....	20
■ GAMME Contrat de sortie Complémentaire Santé Solidaire .....	23
■ Formules 101-102 .....	25
■ GAMME VITAPRO (professions médicales).....	26
■ GAMME VITAMINE BANQUE POPULAIRE.....	34
■ GAMME BIORYTHM .....	45
■ GAMME VIVAZEN .....	65

## PRÉAMBULE

### ■ **ARTICLE 1 : Objet du règlement**

Le présent règlement définit le contenu des engagements contractuels existant entre chaque membre participant et la mutuelle en ce qui concerne les prestations et les cotisations.

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

### ■ **ARTICLE 2 : Droit applicable (article L 225-2 du Code de la Mutualité)**

La langue et la loi applicables sont françaises.

Les contrats sont régis par le Code de la Mutualité. L'autorité chargée du contrôle de la Mutuelle est l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution, 4 place de Budapest, CS 92459, 75436 PARIS CEDEX 09.

### ■ **ARTICLE 3 : Objet de la garantie**

MAAF Santé, ci-après dénommée la Mutuelle, a pour objet d'allouer à ses membres participants et aux assurés désignés, dans les conditions fixées par le présent règlement, des prestations en cas de maladie, chirurgie, maternité, accident corporel, décès.

## CHAPITRE 1 – DISPOSITIONS COMMUNES

### ● ARTICLE 4 : Conditions d'adhésion

Les personnes souhaitant adhérer à MAAF Santé doivent remplir les conditions suivantes :

- être affilié à un régime d'assurance maladie obligatoire français. Les personnes affiliées à un régime d'assurance maladie à souscription facultative, au régime monégasque ou à tout autre régime spécial dont la base de remboursement diffère de celle du régime général obligatoire français ne sont pas éligibles,
- résider dans un département français.

Les travailleurs non salariés non agricoles (TNS) dont le contrat répond aux exigences des contrats solidaires et responsables, peuvent souscrire le contrat dans le cadre de la loi Madelin (loi du 11 février 1994 modifiée par la loi portant réforme des retraites du 21 août 2003 et par la loi de Finances pour 2004) en adhérant à l'ASPDSP (Association Solidaire pour la Prévention et le Développement de la Santé et de la Prévoyance), association régie par la loi du 1<sup>er</sup> juillet 1901, dont le siège social est situé au 86-90 rue Saint Lazare - 75009 Paris. Les dispositions de la loi Madelin permettent aux membres de l'ASPDSP de déduire de leurs revenus imposables, sous certaines conditions et limites, les cotisations versées au titre de leur contrat santé. Ils doivent être à jour du paiement de leurs cotisations aux régimes obligatoires maladie et vieillesse et ne peuvent déduire que dans la limite des plafonds visés par l'article 154 bis du code général des Impôts.

Les adhérents ont la possibilité de consulter à tout moment les statuts de l'ASPDSP sur le site [www.aspdsp.org](http://www.aspdsp.org).

### ● ARTICLE 5 : Modalités d'adhésion

L'engagement réciproque du membre participant et de la Mutuelle résulte de la signature d'un bulletin d'adhésion.

La Mutuelle remet au membre participant une étude personnalisée, un bulletin d'adhésion, les statuts et règlement ou une notice d'information valant règlement.

Toute modification des statuts et règlement décidée par l'assemblée générale de la Mutuelle doit être portée à la connaissance des membres participants et des membres honoraires par la Mutuelle, en particulier toute modification des statuts et du règlement concernant le contrat et ses modalités d'application.

Toute modification des garanties définies au bulletin d'adhésion est constatée par la notification de celles-ci au membre participant.

### ● ARTICLE 6 : Information des membres participants

Chaque membre participant reçoit une notice d'information valant règlement.

Une lettre d'accueil lui est adressée, accompagnée des conditions particulières et d'un guide pratique.

### ● ARTICLE 7 : Entrée en vigueur du contrat

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

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

En cas de modification des conditions d'adhésion, de nouvelles conditions particulières indiquant la date d'effet et la nature de la modification sont remises au membre participant.

### ● ARTICLE 8 : Ouverture des droits aux prestations

Les droits aux prestations sont ouverts à la date d'effet des conditions particulières, à l'exception de certaines garanties pour lesquelles les droits sont différés pour une durée déterminée pour chaque garantie concernée (le délai d'attente). Il y a application immédiate des garanties (sans délai d'attente) pour des soins consécutifs à un accident corporel survenu après la date d'effet des conditions particulières.

### ● ARTICLE 9 : Attestation de tiers-payant

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

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

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

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

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

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

### ● ARTICLE 10 : Étendue territoriale

La Mutuelle intervient pour les frais médicaux engagés en France métropolitaine et dans les départements et régions d'outre-mer (DROM).

Les frais engagés hors de France sont pris en charge par le contrat sous réserve que l'assuré relève d'un Régime Obligatoire d'assurance maladie français et que ces soins aient été effectués avec la même qualité de soins qu'en France. Le remboursement de MAAF Santé intervient alors dans la limite des garanties souscrites et dans les conditions suivantes :

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

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

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

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

#### **Pour les frais médicaux relatifs à des actes non remboursés par le régime obligatoire mais expressément garantis par le contrat et réalisés lors d'un séjour dans un pays de l'EEE ou en dehors de l'EEE :** le remboursement se fait à partir de l'original de la facture détaillée traduite en français le cas échéant.

La facture détaillée doit mentionner les actes dispensés, le montant de la dépense engagée et la part de la dépense laissée à la charge de l'assuré.

### ● ARTICLE 11 : Cotisation

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

Le montant de la cotisation, établi en fonction des déclarations du membre participant, de la nature et du montant des garanties souscrites est indiqué sur ses conditions particulières puis chaque année sur son avis d'échéance.

## Calcul de la cotisation

La cotisation dépend de six critères :

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

À la souscription, l'âge est calculé par différence de millésime, c'est-à-dire par différence entre l'année d'effet du contrat et l'année de naissance. Au renouvellement annuel, l'âge pris en compte est l'âge au 1<sup>er</sup> janvier de l'année du renouvellement. Le montant de la cotisation est indiqué sur le bulletin d'adhésion et les Conditions particulières. Il est également indiqué sur chaque avis d'échéance.

## Conditions de règlement de la cotisation

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

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

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

La cotisation TTC peut être réglée en plusieurs fois :

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

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

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

(1) Inclus dans la cotisation TTC.

En cas de paiement mensuel en 12 fois si le tarif TTC du contrat annuel est de 250 €, le montant des frais inclus dans la cotisation est :  
 $(250 - 250/1.04) = 9.62$  €

(2) Facturés en une seule fois quel que soit le nombre d'assurés présents au contrat mentionnés sur l'avis d'échéance.

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

Les frais de fractionnement et d'échéance sont révisables chaque année. En cas d'évolution à la hausse de ces frais, le membre participant en est tenu informé sur son avis d'échéance. S'il n'accepte pas cette majoration, il peut, dans les trente jours où elle a été portée à sa connaissance, résilier son contrat.

Dès la souscription de son contrat, le membre participant est redevable du prorata de cotisation allant de la prise d'effet jusqu'à la prochaine échéance annuelle.

Le membre participant reçoit son calendrier de paiement, qui lui précise selon le fractionnement choisi, les montants et dates des échéances de paiement de l'année en cours. Puis à chaque échéance annuelle, fixée au 1<sup>er</sup> janvier, il reçoit son avis d'échéance précisant les montants et dates des échéances de la nouvelle année.

## Modification de la cotisation

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

## EN COURS D'ANNÉE

Du fait de l'assuré :

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

Du fait de MAAF Santé :

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

## À L'ÉCHÉANCE

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

## ■ ARTICLE 12 : Durée du contrat

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

**Il se renouvelle ensuite annuellement à chaque 1<sup>er</sup> Janvier, par tacite reconduction.**

Le membre participant peut dénoncer son adhésion :

- avant le 31 octobre précédant la date de renouvellement,
- à tout moment, à l'expiration d'un délai d'un an à compter de la première souscription, sans frais ni pénalités. La résiliation prend effet un mois après que MAAF Santé en aura reçu notification.

Dans tous les cas, la résiliation doit être notifiée auprès d'un conseiller (en agence ou téléphone) ou par lettre ou support durable (espace client sur maaf.fr, sur l'application mobile «MAAF et Moi», ou mail).

## ■ ARTICLE 13 : Prescription

Conformément à l'article L221-11 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 MAAF Santé en a eu connaissance,

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

Quand l'action du membre participant, du bénéficiaire ou de l'ayant droit contre la MAAF Santé a pour cause le recours d'un tiers, le délai de la prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre le membre participant, le bénéficiaire 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, le bénéficiaire n'est pas le membre participant et, dans les opérations relatives aux accidents corporels atteignant les personnes, lorsque les bénéficiaires sont les ayants droit du membre participant décédé.

Pour les contrats d'assurance sur la vie, notwithstanding 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 du risque. L'interruption de

la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception adressée par la MAAF Santé au membre participant, en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation, et par le membre participant, le bénéficiaire ou l'ayant droit à la MAAF Santé en ce qui concerne le règlement de l'indemnité.

Par dérogation à l'article 2254 du code civil, les parties à une opération individuelle ou collective ne peuvent, même d'un commun accord, ni modifier la durée de 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.

## ■ ARTICLE 14 : Déclaration du risque

À l'adhésion

Le contrat est établi sur la base des déclarations du membre participant, des réponses aux questions qui lui ont été posées notamment dans le bulletin d'adhésion qu'il doit signer, de l'expression de ses besoins, du conseil qui lui a été donné et de ses choix.

En cas de déclaration inexacte non intentionnelle qui modifie l'objet du risque, la Mutuelle maintient l'adhésion moyennant une augmentation de cotisation. Si le membre participant ne l'accepte pas, son adhésion prend fin 10 jours après que la Mutuelle lui a adressé la notification par lettre recommandée (article L 221-15 du Code de la mutualité).

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

En cours de contrat

Le membre participant doit déclarer à la Mutuelle, dans un délai de 15 jours à partir du moment où il en a eu connaissance, toutes les modifications du risque le concernant et/ou concernant le(s) bénéficiaire(s) :

- changement de Régime Obligatoire,

- changement de domicile,
- changement de situation familiale,
- retrait de bénéficiaire(s)
- décès.

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

Dans ces hypothèses, le membre participant a la possibilité de résilier son adhésion dans les 30 jours après en avoir eu connaissance.

En outre, le membre participant doit informer la Mutuelle du changement de coordonnées bancaires dans le délai de 15 jours.

## ■ ARTICLE 15 : Vente à distance

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

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

Le membre participant dispose d'un délai de quatorze jours calendaires révolus pour renoncer au contrat si ce dernier a été conclu exclusivement à distance. Ce délai commence à courir, soit à compter du jour où le contrat a pris effet, soit à compter du jour où le membre participant a reçu les dispositions générales et particulières de son contrat si cette date est postérieure à celle de la prise d'effet du contrat.

Le droit de renonciation ne s'applique pas toutefois si le contrat a été exécuté intégralement par les deux parties à la demande expresse du membre participant avant qu'il n'exerce son droit de renonciation. En cas de renonciation, la Mutuelle conservera la portion de cotisation perçue afférente à la période couverte.

Le contrat sera résilié à la date de la réception de la lettre. Le membre participant doit notifier sa demande à l'adresse du siège social de la Mutuelle par lettre recommandée avec demande d'avis de réception ou par l'envoi d'un recommandé électronique. Cette demande intégrera la phrase suivante :

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

## ■ ARTICLE 16 : Démarchage

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

Son contrat sera résilié à la date de la réception de sa lettre ou du courrier électronique. Il doit notifier sa volonté de renoncer par courrier à l'adresse du siège social de la Mutuelle. Cette demande intégrera la phrase suivante :

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

## ■ ARTICLE 17 : Justificatifs pour le versement des prestations

La Mutuelle intervient sur la base des tarifs et les dates de soins retenus par le Régime Obligatoire.

La prise en charge des frais médicaux s'effectue sur la base d'un ou de plusieurs des justificatifs suivants :

- des originaux de décomptes du Régime Obligatoire,

- des images informatiques télétransmises des bordereaux de remboursement du Régime Obligatoire,
- des factures acquittées,
- des factures subrogatoires des fournisseurs et prestataires pour les prestations supplémentaires (fauteuils roulants, prothèses mammaires et capillaires, appareillages auditifs et autres appareillages),
- de la facture délivrée par le praticien pour les lentilles, les prothèses et les implants dentaires, l'ostéodensitométrie, la diététique, l'ostéopathie et la chiropractie, ainsi que l'orthodontie et la chirurgie réfractive lorsque ces actes ne sont pas pris en charge par le Régime Obligatoire,
- de la facture délivrée par le pharmacien pour la pilule contraceptive, les patchs et les anneaux, les médicaments achetés sans ordonnance, les vaccins non pris en charge par le Régime Obligatoire et les tests et auto-tests de dépistage,
- toute facture faisant état de l'achat de préservatifs,
- de la facture du pharmacien et de l'ordonnance pour le sevrage tabagique et les crèmes solaires,
- d'un certificat de décès pour la garantie Exonération de cotisation, accompagné d'un justificatif de vie maritale ou de pacte civil de solidarité si le conjoint est assuré sur un autre contrat de la Mutuelle,
- de la facture d'hospitalisation pour la garantie Indemnités journalières hospitalisation.

La Mutuelle se réserve la possibilité de demander toute pièce complémentaire nécessaire à la gestion du dossier.

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

Le bénéficiaire de la prestation est déchu de tout droit à indemnisation s'il fournit ou utilise sciemment des renseignements ou des documents inexacts, fabriqués ou falsifiés comme justificatifs ou use d'autres moyens frauduleux en vue d'obtenir le versement des prestations. **La preuve du caractère frauduleux incombe à l'assureur.** La Mutuelle est fondée à recouvrer les sommes indûment versées et à agir en justice pour obtenir réparation de son préjudice.

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

Si le remboursement de la Mutuelle conduit à un dépassement du montant réel des dépenses, le membre participant est dans l'obligation de rembourser à la Mutuelle le trop-perçu.

### ■ ARTICLE 18 : Subrogation

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

### ■ ARTICLE 19 : Secours

Des secours exceptionnels peuvent être accordés par le Conseil d'Administration au membre participant et à ses ayants droit. À cet effet, il est instauré un fonds d'entraide alimenté des dotations décidées chaque année par le vote de l'assemblée générale de la Mutuelle.

### ■ ARTICLE 20 : Engagement de la Mutuelle

Le remboursement des dépenses de maladie par la Mutuelle ne peut être supérieur au montant des frais restant à la charge effective du membre participant.

### ■ ARTICLE 21 : Réclamations

En cas de réclamation, le membre participant se rapproche de son conseiller. Il analysera avec lui l'origine du problème et mettra tout en œuvre pour lui apporter une réponse dans les meilleurs délais.

Si sa réclamation est formulée à l'oral et que le membre participant n'obtient pas entière satisfaction, il sera invité à la formaliser sur un support écrit, en particulier sur son espace client ([www.maaf.fr/fr/reclamation](http://www.maaf.fr/fr/reclamation)) ou par courrier à l'adresse suivante MAAF ASSURANCES – Réclamations – Chaban de Chauray – 79036 Niort cedex 9.

Il recevra un accusé de réception sous 10 jours ouvrables maximum à compter de l'envoi de sa réclamation écrite sauf si une réponse lui est apportée dans ce délai.

Le Service Réclamation s'engage à lui apporter une réponse écrite dans un délai maximum de 2 mois à compter de l'envoi de sa réclamation écrite.

En tout état de cause, 2 mois après l'envoi de sa première réclamation écrite, que le Service Réclamation y ait ou non répondu, le membre participant peut saisir gratuitement le Médiateur de l'assurance :

- **Sur le site** [www.mediation-assurance.org](http://www.mediation-assurance.org). Il dispose d'un formulaire en ligne « Je saisis le médiateur » ;

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

Le membre participant dispose d'un délai d'un an à compter de sa réclamation écrite pour saisir le Médiateur de l'assurance.

Dans tous les cas, il conserve la faculté de saisir le tribunal compétent.

### ■ ARTICLE 22 : Protection des données personnelles

#### ■ À QUI SONT TRANSMISES VOS DONNÉES PERSONNELLES ?

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

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

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

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

#### ■ POURQUOI AVONS-NOUS BESOIN DE TRAITER VOS DONNÉES PERSONNELLES ?

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

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

- exécuter ses obligations légales, réglementaires et administratives en vigueur.

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

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

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

## ■ QUELLE PROTECTION PARTICULIÈRE POUR VOS DONNÉES DE SANTÉ ?

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

## ■ QUELS SONT LES DROITS DONT VOUS DISEPOSEZ ?

Vous disposez :

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

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

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

Vous pouvez exercer vos droits par courrier à l'adresse postale « protection des données personnelles » MAAF Assurances SA - Chauray - 79036 Niort Cedex 9 ou par email à l'adresse [protectiondesdonnees@maaf.fr](mailto: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](http://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](mailto:deleguealaprotectiondesdonnees@covea.fr), ou par courrier : Délégué à la Protection des Données - 86-90 rue St Lazare 75009 Paris.

## ■ ARTICLE 23 : La résiliation du contrat

### ■ LE MEMBRE PARTICIPANT PEUT DÉNONCER LE RENOUELEMENT AUTOMATIQUE DE SON CONTRAT :

#### À l'échéance

Par déclaration auprès d'un conseiller (en agence ou téléphone) ou par lettre ou support durable (espace client sur [maaf.fr](http://maaf.fr), sur l'application mobile «MAAF et Moi», ou mail), moyennant un préavis de 2 mois avant la date d'échéance principale.

En cas de modification des droits et obligations des Travailleurs non salariés non agricoles ayant souscrit leur contrat dans le cadre de la Loi N° 94-126 dite Madelin, ces derniers peuvent dénoncer leur adhésion dans un délai d'un mois à compter de la remise des nouvelles conditions contractuelles.

#### En cours d'année

En cas de survenance d'un des événements suivants :

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

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

La résiliation est également possible en cas :

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

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

#### À tout moment

À l'expiration d'un délai d'un an à compter de la première souscription, sans frais ni pénalités. La résiliation doit être notifiée par déclaration auprès d'un conseiller (en agence ou téléphone) ou par lettre ou support durable (espace client sur [maaf.fr](http://maaf.fr), sur l'application mobile «MAAF et Moi», ou mail).

La résiliation prend effet un mois après réception de sa notification par MAAF Santé.

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

## ■ PAR MAAF SANTÉ

La Mutuelle peut résilier le contrat du membre participant dans les cas suivants :

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

Si le membre participant ne règle pas sa cotisation ou fraction de cotisation dans les 10 jours de son échéance, l'ensemble des garanties de son contrat sera suspendu 30 jours après que la Mutuelle ait envoyé au membre participant une lettre recommandée de mise en demeure s'il n'a pas réglé la totalité des sommes dues, y compris les frais de mise en demeure, pendant ce délai.

La suspension de garantie intervenue en cas de non-paiement d'une des fractions de cotisation produit ses effets jusqu'à l'expiration de la période annuelle considérée.

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

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

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

- en cas de perte, par le membre participant, de la qualité d'affilié à un régime d'assurance maladie obligatoire français. La résiliation prend effet 30 jours après sa notification signifiée par lettre recommandée avec avis de réception.

## ■ ARTICLE 24 : Compensation

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

## CHAPITRE 2 – DISPOSITIONS SPÉCIFIQUES

### ■ 2.1 INDEMNITÉS JOURNALIÈRES

La Mutuelle garantit des indemnités journalières en cas d'arrêt de travail faisant suite à une maladie ou un accident corporel, aux membres participants et à leur conjoint cotisant pour une garantie indemnités journalières personnelle, à l'exclusion des autres membres de la famille, à condition que ceux-ci :

- exercent une activité professionnelle,
- soient âgés de moins de 65 ans excepté pour la catégorie E3,
- ne perçoivent pas de pension d'invalidité ou d'incapacité ou d'invalidité au travail.

La limite d'âge pour l'adhésion est fixée à 50 ans.

Il existe 11 catégories d'indemnités journalières :

#### - catégories E1 - E2 - E4 - E5 - E6

Prestation journalière du 11<sup>ème</sup> au 180<sup>ème</sup> jour d'arrêt de travail, ou du 1<sup>er</sup> au 180<sup>ème</sup> jour en cas d'accident corporel survenu après la date d'effet du contrat, en cas d'hospitalisation ou de maternité.

### - catégories J1 - J2 - J4 - J5 - J6

Prestation journalière du 11<sup>ème</sup> au 365<sup>ème</sup> jour d'arrêt de travail ou du 1<sup>er</sup> au 365<sup>ème</sup> jour en cas d'accident corporel survenu après la date d'effet du contrat, en cas d'hospitalisation ou de maternité.

### - catégorie E3

Prestation journalière qui ne s'adresse qu'aux ressortissants du Régime Obligatoire des travailleurs non salariés des professions non agricoles, à compter du 181<sup>ème</sup> jour et jusqu'au 1 080<sup>ème</sup> jour d'arrêt de travail. Cette prestation est éventuellement suivie du versement d'une rente invalidité à compter du 1 081<sup>ème</sup> jour d'arrêt de travail jusqu'à la reprise d'activité (même partielle) ou jusqu'au 1<sup>er</sup> jour du mois suivant le 65<sup>ème</sup> anniversaire. Aucune prise en charge ne sera effectuée au titre d'arrêts de travail dont le 1<sup>er</sup> jour est postérieur au 60<sup>ème</sup> anniversaire du membre participant ou bénéficiaire.

### Changements de catégories

La modification des garanties est possible sous réserve que le membre participant soit âgé de moins de 50 ans. Pour bénéficier d'une garantie supérieure, il devra remplir un questionnaire médical confidentiel.

### Radiations, démissions ou suspensions

Le membre participant peut demander la radiation de son contrat « indemnités journalières » au 31 décembre de chaque année, moyennant un préavis d'un mois. Une radiation est possible en cours d'année à la date d'effet de la cessation d'activité ou du versement d'une pension ou si le membre participant bénéficie d'une couverture obligatoire en entreprise qui lui garantit son salaire.

La radiation est prononcée à l'initiative de la Mutuelle :

- au 65<sup>ème</sup> anniversaire du membre participant, s'il s'agit d'un contrat « E » ou « J » sauf pour la E3 où la radiation intervient au 60<sup>ème</sup> anniversaire

ou,

- à la date d'effet de la pension

ou,

- à la date de cessation d'activité professionnelle si elle a lieu avant l'âge de 65 ans.

### Règles de versement des indemnités journalières

Ces prestations sont servies sous réserve que la première constatation d'arrêt de travail soit antérieure au 65<sup>ème</sup> anniversaire et postérieure à la date d'ouverture des droits.

Le droit aux prestations est ouvert sous réserve qu'aient été acquittées les cotisations.

La reprise du travail, même à temps partiel, n'ouvre pas droit aux indemnités journalières.

Pour une même maladie ou un même accident corporel, la durée des indemnités d'arrêt de travail ne peut excéder le nombre de jours prévus dans la catégorie, l'arrêt pouvant être continu ou fractionné. Après avoir bénéficié de ces indemnités, une reprise des droits ne pourra être envisagée qu'après une reprise d'activité professionnelle continue de douze mois.

Si un membre participant ou bénéficiaire a bénéficié de ses indemnités journalières à la suite d'une maladie ou d'un accident corporel et qu'au cours de la même année survient une maladie ou un accident corporel n'ayant aucun rapport avec la précédente cause, le droit aux indemnités journalières est ouvert à nouveau dans les mêmes conditions.

Le certificat médical attestant l'arrêt de travail devra parvenir à la Mutuelle dans les deux jours qui suivent cet arrêt, sous peine de réduction des prestations (de 30%), pour la période antérieure à la réception du certificat et à condition que la reprise de travail n'ait pas encore été faite.

Pendant l'arrêt de travail, le membre participant ou le membre bénéficiaire doit être présent à son domicile de 9h à 11h et de 14h à 16h. Le non respect de ces horaires entraîne la perte des droits aux prestations. Une dérogation aux horaires prévus ou

un déplacement peut être accordés par la Mutuelle au vu d'un certificat médical ou d'une demande ponctuelle.

Le règlement des indemnités journalières et des capitaux décès et incapacité permanente est effectué après avoir obtenu l'avis du médecin conseil de la Mutuelle sur les documents que l'assuré a transmis, et, le cas échéant, après expertise médicale.

Afin de juger de l'ouverture, du maintien ou de la suspension des droits à prestations, l'assuré doit se soumettre aux visites médicales ou contrôles que la caisse estime nécessaires ; à défaut, la garantie ne s'appliquerait pas.

En cas d'avis défavorable de notre médecin conseil sur le maintien du droit à prestations, le versement des indemnités est supprimé.

En cas de contestation d'ordre médical sur l'ouverture ou le maintien des droits aux prestations, le différend peut être soumis avant tout recours judiciaire à un tiers expert désigné en commun, chacune des parties supportant la moitié des honoraires du tiers expert et pouvant se faire représenter à l'expertise par son propre médecin dont il réglera l'intégralité des honoraires.

A défaut d'accord sur le choix du tiers expert, chaque partie sera fondée à s'adresser à Monsieur le Président du Tribunal judiciaire de Niort pour qu'il le désigne.

## ■ 2.2 FRAIS MÉDICAUX

### GAMME MÉDIKA

#### LES DÉFINITIONS

##### **Contrat « responsable et solidaire »**

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

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

De plus, les garanties complémentaires santé « responsables » remboursent au minimum (sous réserve des éventuelles évolutions réglementaires) en complément du Régime Obligatoire (hors Alsace-Moselle) et conformément aux nouvelles dispositions de l'article L871-1 du Code de la Sécurité sociale le ticket modérateur pour l'ensemble des dépenses de santé prise en charge par l'assurance maladie obligatoire, sauf pour les frais de cure thermique et les médicaments dont le service rendu a été classé faible ou modéré, ainsi que pour l'homéopathie.

Elles doivent également couvrir l'intégralité du forfait journalier hospitalier ainsi que la participation forfaitaire actes lourds, prévue à l'article R160-16 du Code de la Sécurité sociale, et le forfait patient urgences, prévu à l'article L.160-13 du Code de la Sécurité sociale.

La prise en charge des dépenses d'optique est encadrée par des plafonds et des planchers différents en fonction du niveau de correction nécessaire. Elle est par ailleurs limitée à un équipement tous les deux ans sauf pour les mineurs ou en cas d'évolution du besoin de correction où un équipement peut être remboursé tous les ans.

Dans les contrats solidaires et responsables, lorsque les garanties optiques sont supérieures au ticket modérateur, elles doivent respecter des planchers et des plafonds en euros selon que les verres sont définis comme simples, mixtes, complexes ou ultra complexes.

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

En revanche, ils ne remboursent pas :

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

### **Dispositifs de Pratique Tarifaire Maîtrisée**

Il s'agit de contrats proposés par l'Assurance Maladie aux médecins visant à modérer les dépassements d'honoraires.

Exemples de dispositifs : option pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM) et option pratique tarifaire maîtrisée chirurgie obstétrique (OPTAM-CO). Ils remplacent le Contrat d'Accès aux Soins (CAS) depuis le 01/01/2017.

### **Forfait journalier hospitalier**

Somme due pour tout séjour hospitalier dans un établissement de santé (sauf pour les assurés relevant du Régime local Alsace Moselle).

Il s'agit d'une participation forfaitaire du patient aux frais d'hébergement et d'entretien entraînés par son hospitalisation.

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

### **LES GARANTIES**

Les garanties sont exprimées avec la participation du Régime Obligatoire. La Mutuelle intervient seulement après participation du Régime Obligatoire.

## Tableau des garanties

Vos Prestations	HOSPITALIS	MEDILEGE	MEDICALIS	OPTIMUS
<b>Hospitalisation</b>				
Forfait journalier .....	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Soins et honoraires médicaux ou chirurgicaux .....	100 % BR	100 % BR	100 % BR	190 % BR*
Séjour .....	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Transport (1).....	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Chambre particulière (2).....	61 €/nuit		61 €/nuit	122 €/nuit
Frais d'accompagnant (lit et repas) (2) .....	23 €/jour		23 €/jour	23 €/jour
<b>Honoraires médicaux</b>				
Consultations, visites, actes médicaux (1) .....		100 % BR	100 % BR	190 % BR*
Auxiliaires médicaux et paramédicaux (infirmier, podologue, kinésithérapeute, sage-femme...) (1) .....		100 % BR	100 % BR	100 % BR
Analyses médicales (1).....		100 % BR	100 % BR	100 % BR
Radios (dont ostéodensitométrie prise en charge par le RO) (1) .....		100 % BR	100 % BR	190 % BR*
<b>Maternité</b>				
Chambre particulière .....	61 €/nuit		61 €/nuit	122 €/nuit
Prime naissance (3) .....			77 e	77 e
<b>Pharmacie</b>				
Médicaments (1).....		100 % BR	100 % BR	100 % BR
<b>Transport (1).....</b>				
		100 % BR	100 % BR	100 % BR
<b>Optique</b>				
Forfait lunettes** (2 verres + 1 monture)			par période de 2 ans (sauf pour les enfants de moins de 18 ans ou en cas d'évolution de la vue : par an)	
Lunettes avec verres simples .....		100 % BR	100 e dont 100 e max./monture	200 e dont 150 e max./monture
Lunettes avec verres complexes .....		100 % BR	200 e dont 100 e max./monture	300 e dont 150 e max./monture
Lentilles prises en charge ou non par le RO.....		100 % BR	100 e / an	153 e / an
<b>Dentaire</b>				
• Soins .....		100 % BR	100 % BR	100 % BR
• Prothèses prises en charge par le RO				
. couronne métal .....		100 % BR	100 % BR + 81 e	100 % BR + 122 e
. couronne céramo métallique .....		100 % BR	100 % BR + 81 e	100 % BR + 275 e
. Autres prothèses prises en charge par le RO .....		100 % BR	175 % BR	350 % BR
• Prothèses non prises en charge par le RO.....				206 e / an
• Implants non prises en charge par le RO (4) .....				800 e / an
• Plafond annuel pour le poste prothèses dentaires (part dépassant la base de remboursement pour les couronnes et prothèses prises en charge ou non par le RO et les implants).....			500 e	1 000 e
• Orthodontie prise en charge par le RO .....		100 % BR	150 % BR	230 % BR
<b>Cure thermique (prise en charge par le RO)</b>				
Forfait thermal.....		100 % BR	100 % BR	100 % BR
Forfait surveillance médicale .....		100 % BR	100 % BR	100 % BR
Hébergement (6) .....		100 % BR	100 % BR	100 % BR + 382 e
Transport (1).....		100 % BR	100 % BR	100 % BR
<b>Appareillages</b>				
Auditifs .....		100 % BR	250 % BR	350 % BR
Autres appareillages (achat lit médicalisé, achat chaussures orthopédiques...) .....		100 % BR	100 % BR	350 % BR
<b>Indemnité décès</b> .....				
			153 e	763 e
<b>Forfait prévention (5)</b> .....				
		90 e / an	90 e / an	90 e / an
<b>Assistance Santé à Domicile</b> .....				
	24H/24, 7J/7	24H/24, 7J/7	24H/24, 7J/7	24H/24, 7J/7

RO : Régime Obligatoire

BR : Base de remboursement retenue par le Régime Obligatoire.

Les membres participants et assurés dépendant du Régime Alsace-Moselle ont un choix limité : ils peuvent choisir entre les formules Hospitalis, Médicalis ou Optimus.

- (1) Sous déduction de la participation forfaitaire, des franchises et autres pénalités liées au non respect du parcours de soins.
- (2) En cas d'hospitalisation pour affections psychopathologiques, en secteur public ou privé, ou de séjour en alcoologie et toxicologie, les frais de Chambre particulière et les frais d'accompagnant ne sont pas pris en charge.
- (3) Il n'est versé qu'une prime par foyer (pour une naissance ou une adoption). En cas de naissances multiples, le versement se limite à 2 primes.
- (4) Un seul remboursement forfaitaire, même si les soins pour un même implant sont réalisés sur 2 années mobiles.
- (5) Le forfait couvre les consultations diététiques, les vaccins non pris en charge (dont vaccin anti-grippe), les tests et auto-tests de dépistage (dont infections urinaires), les préservatifs (limités à 30 € / an).
- (6) Forfait supplémentaire accordé dans la limite de la période de prise en charge de la cure thermique par le Régime Obligatoire.

\* Les taux de remboursement sont majorés de 20 % de la BR pour les honoraires des médecins ayant adhéré à l'un des Dispositifs

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

### Garanties optique

\*\* Les verres simples correspondent à des verres simple foyer dont la sphère est comprise entre -6 et +6 ou dont le cylindre est inférieur ou égal à +4.

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

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

Les garanties « forfaits lunettes » des formules Médicalis et Optimus 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. L'équipement peut être renouvelé par période d'1 an à compter de la date d'acquisition du dernier équipement en cas d'évolution de la vue et pour les enfants âgés de moins de 18 ans.

Vos Prestations	MEDILEGE 85
<b>Hospitalisation</b>	
Forfait journalier	100% BR
Soins et honoraires médicaux ou chirurgicaux	100% BR
Séjour	100% BR
<b>Honoraires médicaux</b>	
Consultations, visites, soins	100% BR
Auxiliaires médicaux et paramédicaux (infirmier, podologue, kinésithérapeute, sage-femme ...)	100% BR
Analyses médicales	100% BR
Radios	100% BR
<b>Pharmacie</b>	
Médicaments	100% BR
<b>Transport</b>	
	100% BR
<b>Optique</b>	
Forfait lunettes (verres + monture + traitements) <sup>(1)</sup>	
Lunettes avec verres simples	100% BR
Lunettes avec verres complexes	100% BR
Lentilles prises en charge ou non par le RO	100% BR
<b>Dentaire</b>	
Soins	100% BR
Couronnes prises en charge par le RO	
Métal	100% BR
Céramo métallique	100% BR
Autres prothèses prises en charge par le RO	100% BR
Orthodontie prise en charge par le RO	100% BR
<b>Cure thermique</b> (prise en charge par le RO)	
Forfait thermal	85% BR
Forfait surveillance médicale	85% BR
Hébergement, transport	85% BR
<b>Appareillages</b>	
Auditifs	100% BR
Autres appareillages	100% BR
<b>Indemnité décès</b>	
	150 €
<b>Assistance santé à domicile</b>	
	24H/24, 7J/7

(1) Les verres simples correspondent à des verres simple foyer dont la sphère est comprise entre -6 et +6 ou dont le cylindre est inférieur ou égal à +4. Tous les autres verres sont regroupés sous l'appellation verres complexes.

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

Vos Prestations	MEDICALIS 85
<b>Hospitalisation (1)</b>	
Forfait journalier	100% BR
Soins et honoraires médicaux ou chirurgicaux	100% BR
Séjour	100% BR
Chambre particulière	61 € / nuit
Frais d'accompagnant (lit et repas)	23 € / jour
<b>Honoraires médicaux</b>	
Consultations, visites, actes médicaux	100% BR
Auxiliaires médicaux et paramédicaux (infirmier, podologue, kinésithérapeute, sage-femme ...)	100% BR
Analyses médicales	100% BR
Radios	100% BR
<b>Maternité</b>	
Chambre particulière	61 € / nuit
Prime naissance	45 €
<b>Pharmacie</b>	
Médicaments	100% BR
<b>Transport</b>	
100% BR	
<b>Optique</b>	
Forfait lunettes (verres + monture + traitements) tous les 2 ans (sauf pour les enfants mineurs ou en cas d'évolution de la vue pour les adultes : 1 forfait par an) (2)	
Lunettes avec verres simples	100 € dont 100 € max./monture
Lunettes avec verres complexes	200 € dont 100 € max./monture
Lentilles prises en charge ou non par le RO	100 € / an
<b>Dentaire</b>	
Soins	100% BR
Couronnes prises en charge par le RO Métal	180 €/couronne diminué de 15% de la BR
Céramo métallique	180 €/couronne diminué de 15% de la BR
Autres prothèses prises en charge par le RO	85% BR + 75% BR
Plafond annuel pour le poste prothèses dentaires (part dépassant la base de remboursement)	450 €
Orthodontie prise en charge par le RO	100% BR
<b>Cure thermique (prise en charge par le RO)</b>	
Forfait thermal	85% BR
Forfait surveillance médicale	85% BR
Hébergement, transport	85% BR
<b>Appareillages</b>	
Auditifs	85% BR + 150% BR
Autres appareillages	100% BR
<b>Indemnité décès</b>	
150 €	
<b>Assistance santé à domicile</b>	
24H/24, 7J/7	

(1) En cas d'hospitalisation pour affections psychopathologiques, en secteur public ou privé, ou de séjour en alcoologie et toxicologie, les frais de Chambre particulière et les Frais d'accompagnant ne sont pas pris en charge.

(2) Les verres simples correspondent à des verres simple foyer dont la sphère est comprise entre -6 et +6 ou dont le cylindre est inférieur ou égal à +4.

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

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

Les garanties « forfaits lunettes » sont limitées à un équipement (2 verres correcteurs et 1 monture) par période de 2 ans à compter de la date d'acquisition du dernier équipement pour les adultes. L'équipement peut être renouvelé par période d'1 an à compter de la date d'acquisition du dernier équipement en cas d'évolution de la vue et pour les enfants âgés de moins de 18 ans.

## Le forfait prévention

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

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

- Forfait 90 € par an
  - les consultations diététiques effectuées par une diététicienne diplômée
  - les vaccins non pris en charge (dont le vaccin anti-grippe)
  - les tests et auto-tests de dépistage (recommandés par le pharmacien), dont le dépistage des infections urinaires
  - les préservatifs (limités à 30 € /an).

## Les garanties d'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	Assistance psychologique maternité	Aide à domicile	Location de téléviseur	Prise en charge des animaux de compagnie	Venue d'un proche	Conseils médicaux Recherche d'un médecin	Organisation du transport médical	Aide aux démarches	Relais administratif	Livraison de médicaments	Assistance psychologique	Aide à l'organisation des obsèques	Avance des frais d'obsèques
Hospitalisation soudaine et imprévue dès le 1 <sup>er</sup> jour	●	●						●	●		●	●	●		●				
Hospitalisation* d'une nuit au moins consécutive à une maladie* ou à un accident corporel*							●												
Hospitalisation soudaine et imprévue d'au moins 3 jours	●	●					●	●	●	●	●	●	●		●				
Séjour en maternité d'au moins 6 jours		●					●	●		●	●	●			●				
Naissances multiples ou séjour en maternité d'au moins 6 jours				●															
Naissance d'un enfant					●														
Immobilisation soudaine et imprévue au domicile d'au moins 6 jours	●	●					●		●	●	●	●	●		●				
Accident corporel ou maladie avec un arrêt de l'activité supérieur à 15 jours du TNS ou du conjoint collaborateur														●					
Immobilisation soudaine et imprévue au domicile d'au moins 3 jours des enfants de moins de 16 ans			■							■	■	■	■		■				
Hospitalisation soudaine et imprévue d'un enfant dès le 1 <sup>er</sup> jour			■																
Traumatisme psychologique lié à la maternité						●													
Décès	●	●					●		●				●			●	●	●	●
Traitements radiothérapie et chimiothérapie						●													

● Garantie accordée suite à un événement concernant le sociétaire ou son conjoint.

■ Garantie accordée suite à un événement concernant les autres bénéficiaires.

### Définitions :

#### - Accident corporel

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

#### - Bénéficiaire

Le sociétaire et son conjoint assuré ou non, ainsi que leurs ascendants et leurs enfants assurés ou non, vivant sous leur toit.

#### - Hospitalisation

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

#### - Hospitalisation imprévue

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

#### - Immobilisation

Fait suite à une maladie subite ou à un accident corporel, entraînant un alitement ou une impossibilité d'effectuer les tâches ménagères.

#### - Maladie

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

#### - Maladie chronique

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

## DÉTAILS DES PRESTATIONS D'ASSISTANCE SANTÉ À DOMICILE

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 du membre participant

(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 membre participant ou son conjoint pour s'en occuper au domicile (en 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<sup>ère</sup> 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 (en 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<sup>ère</sup> 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 membre participant ou son conjoint pour les garder à domicile (en 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<sup>ère</sup> 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 (en 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<sup>ère</sup> 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 extrascolaires et leur retour au domicile par une personne habilitée par nos soins, un trajet aller et un trajet retour par jour, avec un maximum de 10 trajets répartis sur un mois, dans la limite de 50 km par trajet (lorsque aucun proche ne peut se rendre disponible).

Si aucunes 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 extrascolaires.

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

■ Déplacement aller/retour d'un proche désigné par le membre participant ou son conjoint pour garder les enfants malades ou accidentés à domicile (en 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<sup>ère</sup> 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 du membre participant est hospitalisé de manière soudaine et imprévue par suite de maladie ou d'accident corporel et que son état de santé nécessite la présence d'une personne à son chevet et si ni le membre participant ni son conjoint ne peuvent s'occuper des autres enfants de moins de 16 ans, MAAF Assistance organise et prend en charge :

■ un déplacement aller/retour d'un proche désigné par le membre participant ou son conjoint pour les garder à domicile (en 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<sup>ère</sup> 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 (en 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<sup>ère</sup> classe, pour les trajets dont la durée en train est supérieure à 5 heures, il sera remis un billet d'avion classe économique). En cas de nécessité, ou d'indisponibilité d'un accompagnateur, MAAF Assistance organise et prend en charge l'accompagnement des enfants par l'un de ses prestataires.

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

### Relais maternité

■ En cas de naissances multiples ou d'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 au membre participant, 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.

## 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

À 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 Métropole), proche du domicile de l'assuré ou, sur demande, auprès d'un psychologue de son choix.

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

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

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

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.

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

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

- Jusqu'à 30 heures réparties sur 1 mois à raison de 2 heures minimum par intervention, dès le 1<sup>er</sup> 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 du membre participant

- Transport et hébergement jusqu'à 1 mois, chez une personne désignée par le membre participant 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 membre participant ou son conjoint (en 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<sup>ère</sup> 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 bénéficiaire.

### Aide aux démarches

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

### Relais administratif

#### ■ Remplacement de l'assuré (Travailleur Non Salarié) ou du conjoint collaborateur

En cas d'accident corporel ou de maladie du membre participant (TNS) ou du conjoint collaborateur ayant entraîné une interruption de l'activité de plus de 15 jours, une aide pour assurer la continuité de la gestion administrative de l'entreprise peut être accordée à compter du 16ème jour. MAAF Assistance aide à la recherche d'un Intérimaire, sur simple appel téléphonique, du lundi au vendredi, de 9h à 18h.

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

Si l'assuré ne souhaite pas utiliser les services d'une agence d'intérim, MAAF Assistance peut prendre en charge le transport Aller / Retour d'un proche parent résidant en France métropolitaine ou même département pour les DROM pour venir en aide à l'assuré (pour les trajets dont la durée en train est inférieure à 5 heures, il sera remis un billet de train 1<sup>ère</sup> classe, pour les trajets dont la durée en train est supérieure à 5 heures, il sera remis un billet d'avion classe économique).

#### ■ Communication vers les clients et/ou les fournisseurs

En cas d'accident corporel ou de maladie du membre participant (TNS) ou du conjoint collaborateur ayant entraîné une interruption de l'activité de plus de 15 jours, MAAF Assistance s'engage à communiquer un message unique rédigé par le membre participant aux clients et/ou fournisseurs figurant sur une liste écrite qu'il aura fournie. Les messages sont envoyés par téléphone, fax ou e-mail dans un délai de 48 heures à réception d'une liste n'excédant pas 1 000 noms.

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

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

### Livraison de médicaments

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

### Assistance psychologique

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

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

#### ■ Accueil et consultation psychologique

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

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

#### ■ Suivi psychologique

À 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 Métropole), 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.

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.

### 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 1er jour.
- Lors de la mise en jeu des prestations, nous pourrions éventuellement être amenés à vous demander certains justificatifs.

## La vie du contrat

### L'OUVERTURE DES DROITS

#### À L'ADHÉSION

Les droits sont ouverts immédiatement pour la souscription des formules Hospitalis, Médilège et Médicalis.

Pour la formule Optimus, pendant la durée des délais d'attente indiqués ci-après, l'indemnisation est effectuée sur la base des garanties de Médicalis :

- 3 mois pour la maladie, l'optique, l'auditif, l'orthopédie, les soins dentaires,
- 6 mois pour toute hospitalisation, y compris la maternité,
- 6 mois pour la prothèse dentaire (pour toute pose de prothèse effectuée après la date d'ouverture des droits),
- 6 mois pour l'implantologie (pour toute pose d'un implant effectuée après la date d'ouverture des droits),
- 6 mois pour l'orthodontie (pour tout traitement commencé après la date d'ouverture des droits),
- 6 mois pour la cure thermique (pour toute cure thermique commencée après la date d'ouverture des droits).

#### EN COURS DE CONTRAT

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

Tout changement de garantie à la hausse n'est possible qu'après au moins 6 mois de présence à la Mutuelle. Les nouvelles garanties s'appliquent alors immédiatement.

Tout changement de garantie vers une formule prévoyant des prestations inférieures n'est possible qu'au 1<sup>er</sup> janvier de chaque année.

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

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

#### LA COTISATION

La cotisation est déterminée dans les conditions indiquées à l'article 11.

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

Pour un membre participant ayant au moins 3 enfants de 0-21 ans assurés, la gratuité des cotisations est accordée à partir du 3<sup>ème</sup> enfant.

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

## GAMME VITAMINE

### LES DÉFINITIONS

#### ■ Contrat « responsable et solidaire »

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

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

De plus les garanties complémentaires santé « responsables » remboursent au minimum (sous réserve des éventuelles évolutions réglementaires) en complément du régime obligatoire\* et conformément aux nouvelles dispositions de l'article L.871-1 du Code de la Sécurité sociale le ticket modérateur\* pour l'ensemble des dépenses de santé prises en charge par l'assurance maladie obligatoire, sauf pour les frais de cure thermale et les médicaments\* dont le service rendu a été classé faible ou modéré, ainsi que pour l'homéopathie.

Elles doivent également couvrir l'intégralité du forfait journalier hospitalier ainsi que la participation forfaitaire actes lourds, prévue à l'article R160-16 du Code de la Sécurité sociale, et le forfait patient urgences, prévu à l'article L.160-13 du Code de la Sécurité sociale.

Elles remboursent intégralement, en sus du Régime Obligatoire, les équipements optique, soins prothétiques dentaires et aides auditives appartenant à une liste réglementée « 100% Santé » à hauteur des honoraires limites de facturation (HLF) ou des Prix Limites de Vente (PLV).

Elles respectent les règles légales de renouvellement des équipements à savoir :

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

Elles respectent les planchers et les plafonds du contrat responsable.

La prise en charge des dépassements d'honoraires\* des médecins qui n'adhèrent pas à l'un des Dispositifs de Pratique Tarifaire Maîtrisée\* est limitée et doit nécessairement être inférieure à celle des dépassements d'honoraires\* de médecins qui adhèrent à l'un de ces dispositifs.

En revanche, ils ne remboursent pas :

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

#### ■ Dispositifs de Pratique Tarifaire Maîtrisée

Il s'agit de contrats proposés par l'Assurance Maladie aux médecins visant à modérer les dépassements d'honoraires.

Exemples de dispositifs : option pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM) et option pratique tarifaire maîtrisée chirurgie obstétrique (OPTAM-CO). Ils remplacent le Contrat d'Accès aux Soins (CAS) depuis le 01/01/2017.

#### ■ Forfait journalier hospitalier

Somme due pour tout séjour hospitalier dans un établissement de santé (sauf pour les assurés relevant du Régime local Alsace Moselle).

Il s'agit d'une participation forfaitaire du patient aux frais d'hébergement et d'entretien entraînés par son hospitalisation.

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

#### ■ Détail des garanties

Les garanties sont exprimées avec la participation du Régime Obligatoire. La Mutuelle intervient dans la limite des frais engagés après participation du Régime Obligatoire.

Vos Prestations	VITAMIN' 50	VITAMIN' 100 et 100+	VITAMIN' 200	VITAMIN' 300	VITAMIN' 500
<b>Hospitalisation</b>					
Forfait journalier .....	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Soins et honoraires médicaux ou chirurgicaux .....	100 % BR	100 % BR	100 % BR	120 % BR*	190 % BR*
Séjour.....	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Transport (1).....	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Chambre particulière (2).....	61 F/nuite	61 F/nuite	61 F/nuite	61 F/nuite	122 F/nuite
Frais d'accompagnant (lit et repas) (2).....	23 F/jour	23 F/jour	23 F/jour	23 F/jour	23 F/jour
<b>Honoraires médicaux</b>					
Consultations, visites, actes médicaux (1) .....	-	100 % BR	100 % BR	120 % BR*	190 % BR*
Auxiliaires médicaux et paramédicaux (infirmier, podologue, kinésithérapeute, sage-femme...) (1) .....	-	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Analyses médicales (1).....	-	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Radios (dont ostéodensitométrie prise en charge par le RO) (1) .	-	100 % BR	100 % BR	120 % BR*	190 % BR*
<b>Maternité</b> .....					
Chambre particulière.....	61 F/nuite	61 F/nuite	61 F/nuite	61 F/nuite	122 F/nuite
Prime naissance (3).....	-	-	122 F	153 F	153 F
<b>Pharmacie</b>					
Médicaments (1) .....	-	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
<b>Transport (1) .....</b>					
-	-	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
<b>Optique</b>					
Forfait lunettes** (2verres + 1 monture)			par période de 2 ans (sauf pour les enfants de moins de 18 ans ou en cas d'évolution de la vue : par an)		
Lunettes avec verres simples .....	-	100 % BR	100 F dont 100 F max./monture	150 F dont 100 F max./monture	200 F dont 150 F max./monture
Lunettes avec verres complexes.....	-	100 % BR	200 F dont 100 F max./monture	250 F dont 100 F max./monture	300 F dont 150 F max./monture
Lentilles prises en charge ou non par le RO.....	-	100 % BR	100 F / an	120 F / an	153 F / an
<b>Dentaire</b>					
• Soins .....	-	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
• Prothèses prises en charge par le RO					
. Couronne métal .....	-	100 % BR	100 % BR + 81 F	100 % BR + 122 F	100 % BR + 122 F
. Couronne céramo métallique .....	-	100 % BR	100 % BR + 81 F	100 % BR + 168 F	100 % BR + 275 F
• Autres prothèses prises en charge par le RO .....	-	100 % BR	175 % BR	250 % BR	350 % BR
• Prothèses non prises en charge par le RO .....	-	-	-	153 F / an	206 F / an
• Implants non pris en charge par le RO (4) .....	-	-	-	520 F / an	800 F / an
• Plafond annuel pour le poste prothèses dentaires (part dépassant la base de remboursement pour les couronnes et prothèses prises ou non en charge par le RO et les implants) .....	-	-	500 F	700 F	1 000 F
• Orthodontie prise en charge par le RO .....	-	100 % BR	150 % BR	200 % BR	250 % BR
<b>Cure thermale (prise en charge par le RO)</b>					
Forfait thermal .....	-	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Forfait surveillance médicale .....	-	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Hébergement (6) .....	-	100 % BR	100 % BR	100 % BR + 153 F	100 % BR + 382 F
Transport (1) .....	-	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
<b>Appareillages</b>					
Auditifs .....	-	100 % BR	250 % BR	250 % BR	350 % BR
Autres appareillages (achat lit médicalisé, achat chaussures orthopédiques.....)	-	100 % BR	100 % BR	100 % BR	350 % BR
<b>Indemnité décès .....</b>					
		153 F	153 F	153 F	763 F
<b>Forfait prévention (5) .....</b>					
		90 F / an	90 F / an	90 F / an	90 F / an
<b>Assistance Santé à Domicile .....</b>					
	24H/24, 7J/7	24H/24, 7J/7	24H/24, 7J/7	24H/24, 7J/7	24H/24, 7J/7

Les membres participants et assurés dépendant du Régime Alsace-Moselle ont un choix limité : ils peuvent choisir entre les formules Vitamin'50, Vitamin'200, Vitamin'300 et Vitamin'500.

- (1) Sous déduction de la participation forfaitaire, des franchises et autres pénalités liées au non respect du parcours de soins.
- (2) En cas d'hospitalisation pour affections psychopathologiques, en secteur public ou privé, ou de séjour en alcoologie et toxicologie, les frais de Chambre particulière et les Frais d'accompagnant ne sont pas pris en charge.
- (3) Il n'est versé qu'une prime par foyer (pour une naissance ou une adoption). En cas de naissances multiples, le versement se limite à 2 primes.
- (4) Un seul remboursement forfaitaire, même si les soins pour un même implant sont réalisés sur 2 années mobiles.
- (5) Le forfait couvre les consultations diététiques, les vaccins non pris en charge (dont vaccin anti-grippe), les tests et auto-tests de dépistage (dont infections urinaires), les préservatifs (limités à 30 € / an).
- (6) Forfait supplémentaire accordé dans la limite de la période de prise en charge de la cure thermale par le Régime Obligatoire.

\* Les taux de remboursement sont majorés de 20 % de la BR pour les honoraires des médecins ayant adhéré au à l'un des Dispositifs de Pratique Tarifaire Maîtrisée.

Les Dispositifs de Pratique Tarifaire Maîtrisée sont des contrats proposés par l'Assurance Maladie aux médecins visant à modérer les dépassements d'honoraires.

\*\* Les verres correspondent à des verres simple foyer dont la sphère est comprise entre -6 et +6 ou dont le cylindre est inférieur ou égal à +4.

Tous les autres verres sont regroupés sous l'appellation « verres complexes ». En cas d'équipement comportant un verre simple et un verre complexe, le remboursement s'effectue sur la base de la garantie « Lunettes avec verres complexes ».

Les garanties « forfaits lunettes » des formules Vitamin'200, Vitamin'300 et Vitamin'500 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. L'équipement peut être renouvelé par période d'1 an à compter de la date d'acquisition du dernier équipement en cas d'évolution de la vue et pour les enfants âgés de moins de 18 ans.

RO : Régime Obligatoire

BR : Base de remboursement retenue par le Régime Obligatoire.

TM (Ticket modérateur) : partie de la Base de remboursement non prise en charge par le Régime Obligatoire.

### ■ Le forfait prévention

Les garanties sont les mêmes que celles décrites pour la gamme MEDIKA.

### ■ L'assistance santé à domicile

Les garanties sont les mêmes que celles décrites pour la gamme MEDIKA.

## La vie du contrat

### L'OUVERTURE DES DROITS

#### À L'ADHÉSION

Les droits sont ouverts immédiatement pour la souscription des formules VITAMIN'50, VITAMIN'100 et VITAMIN'200.

Pour les formules VITAMIN'300 et VITAMIN'500, pendant la durée des délais d'attente indiqués ci-après, l'indemnisation est effectuée sur la base des garanties de VITAMIN'200 :

- 3 mois pour la maladie, l'optique, l'auditif, l'orthopédie, les soins dentaires,
- 6 mois pour toute hospitalisation, y compris la maternité,
- 6 mois pour la prothèse dentaire (pour toute pose de prothèse effectuée après la date d'ouverture des droits),
- 6 mois pour l'implantologie (pour toute pose d'un implant effectuée après la date d'ouverture des droits),
- 6 mois pour l'orthodontie (pour tout traitement commencé après la date d'ouverture des droits),
- 6 mois pour la cure thermale (pour toute cure thermale commencée après la date d'ouverture des droits).

### EN COURS DE CONTRAT

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

Tout changement de garantie vers une formule prévoyant des prestations inférieures n'est possible qu'au 1<sup>er</sup> janvier de chaque année.

La Mutuelle accepte l'adjonction d'un membre bénéficiaire sur le contrat du membre participant avec un effet rétroactif à la date de l'événement uniquement si la demande est faite dans les 3 mois en cas :

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

### LA COTISATION

La cotisation est déterminée dans les conditions indiquées à l'article 11.

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

Pour un membre participant ayant au moins 3 enfants de 0-21 ans assurés, la gratuité des cotisations est accordée à partir du 3<sup>ème</sup> enfant.

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

## Gamme Contrat de sortie Complémentaire Santé Solidaire

### OBJET ET BÉNÉFICIAIRES

Le contrat a pour objet la prise en charge de tout ou partie des dépenses de santé du ou des bénéficiaires suivants :

- Couverture Maladie Universelle ou Complémentaire Santé Solidaire auprès de MAAF Santé au sens des articles L.861-3 du Code de la Sécurité sociale,
- Aide au paiement d'une Complémentaire Santé auprès de MAAF Assurances SA au sens de l'article et L. 863-1 du Code de la Sécurité sociale

dont le droit à la Complémentaire Santé Solidaire n'a pas été renouvelé par le régime obligatoire.

### GARANTIES

Les garanties assurent le règlement de prestations complémentaires à celles versées par les régimes obligatoires français d'assurance maladie. Elles s'inscrivent dans le dispositif du contrat responsable prévu par les articles L871-1, R871-1 et R871-2 du Code de la Sécurité sociale ainsi que leurs textes d'application. Elles répondent aux critères fixés par l'article 52 de la Loi de financement de la Sécurité sociale pour 2019.

Les garanties et leurs montants correspondent aux exigences minimales et aux valeurs planchers prévues par l'article R871-2 du Code de la sécurité sociale.

### EXCLUSIONS

Conformément aux règles des contrats responsables fixées à l'article L.871-1 du code de la sécurité sociale et ses textes d'application, ne peuvent donner lieu à remboursement au titre du présent contrat les dépenses suivantes :

- **La participation forfaitaire mentionnée à l'article L322-2 II du code de la sécurité sociale, laissée à la charge des assurés notamment pour chaque acte ou consultation réalisé par un médecin, en ville, dans un établissement ou un centre de santé (sauf hospitalisation) et pour tout acte de biologie médicale.**
- **Les franchises médicales mentionnées à l'article L322-2 III du Code de la Sécurité sociale.**
- **La majoration de participation de l'assuré prévue par l'article L.162-5-3 du code de la sécurité sociale (respect du parcours de soins) en cas de non désignation d'un médecin traitant ou en cas de consultation d'un autre médecin sans prescription médicale du médecin traitant.**
- **Les dépassements d'honoraires autorisés pour les actes cliniques et techniques réalisés par un spécialiste, consulté sans prescription médicale du médecin traitant et qui ne relève pas d'un protocole de soins, visés au 18° de l'article L162-5 du Code de la Sécurité sociale (protocole et engagements veillant à l'égalité de traitement des patients en termes de délais d'accès au médecin).**

### OUVERTURE DES DROITS

Les garanties prennent effet le lendemain de la date de fin des droits du dispositif Couverture Maladie Universelle, Assurance Complémentaire Santé ou Complémentaire Santé Solidaire précédemment octroyé.

Elles sont accordées pour une période de 12 mois. Elles ne sont pas renouvelables.

### COTISATION

Par dérogation à l'article 11 des dispositions communes :

#### Le montant de la cotisation du contrat

Il est fixé par tranche d'âge à la souscription et il est fonction de la composition familiale. Il est le même sur tout le territoire sauf pour les bénéficiaires du régime local des départements du Haut- Rhin, du Bas-Rhin et de la Moselle.

Il ne peut être réajusté au cours de la période de souscription, sauf en cas de modification du nombre de bénéficiaires couverts.

#### Le règlement de la cotisation

Le montant de la cotisation annuelle est payable :

- soit selon un échancier mensuel ou trimestriel par prélèvement bancaire,
- soit annuellement en totalité par chèque ou prélèvement bancaire à la souscription.

Le choix des modalités de règlement se fait dans le bulletin de souscription.

### PRESTATIONS

Les remboursements interviennent dès la date d'effet de la souscription.

Ce contrat ne dispose pas du tiers payant intégral mis en œuvre par le régime obligatoire.

Chaque bénéficiaire de plus de 16 ans reçoit une attestation de tiers payant qui permet d'obtenir, de manière classique, une dispense d'avance de frais auprès des professionnels qui l'acceptent habituellement (pharmacie, laboratoire, optique, radiologie...). Cette carte doit être présentée en même temps que la carte Vitale aux professionnels et établissements de santé. (Les bénéficiaires de moins de 16 ans sont portés sur la carte de l'assuré social dont ils dépendent).

Pour les hospitalisations, les demandes de prises en charge sont adressées par les établissements à Apria R.S.A. à l'adresse indiquée sur la carte de tiers payant. Les assurés ne règlent que la partie non prise en charge par leur garantie.

Si le tiers payant n'a pu être mis en œuvre du fait de la non présentation des pièces le garantissant ou du non-respect du parcours de soins, les demandes de remboursement doivent être adressées à Apria R.S.A. à l'adresse mentionnée dans les conditions particulières du contrat qui diffère selon le territoire où réside le souscripteur.

Le souscripteur devra fournir les originaux des décomptes du régime obligatoire ou leur version électronique.

### COMMUNICATION AU SOUSCRIPTEUR

Le montant des cotisations étant fixé par les pouvoirs publics, le montant et la composition des frais de gestion et d'acquisition affectés aux garanties du contrat ne sont pas communiqués.

### CESSATION DES GARANTIES

Par dérogation aux dispositions communes, les garanties cessent au bout de 12 mois à compter de la date d'effet. Le contrat n'est pas renouvelable.

À l'issue de cette période, un contrat santé de la gamme commercialisée pourra être proposé.

### DÉLÉGATION DE GESTION

Il est convenu que Apria R.S.A. est chargé des relations avec les souscripteurs ; en conséquence, il a reçu délégation de tous pouvoirs pour ce qui a trait à la gestion et à l'exécution des contrats.

## COMPTE EN LIGNE SUR INTERNET

À compter de la mise en œuvre du compte en ligne sur le site internet dédié à « ma Complémentaire Santé Solidaire », les dispositions suivantes s'appliquent :

- Le souscripteur a la possibilité de consulter ses remboursements sur le site internet mis à sa disposition, grâce à l'utilisation d'un code d'accès, composé d'un identifiant et d'un mot de passe confidentiels.
- Lors de sa première connexion il doit certifier avoir pris connaissance et avoir accepté les conditions générales d'utilisation de l'espace client pour pouvoir effectuer certaines opérations de gestion. A défaut d'acceptation, il ne pourra pas accéder aux fonctionnalités permettant d'effectuer ces opérations de gestion en ligne.
- La consultation d'informations sur le site internet et la confirmation en ligne d'une opération de gestion entraîne l'acceptation par le souscripteur de l'opposabilité de l'ensemble des informations transmises et communiquées par le biais du site et par email.

Ces informations enregistrées dans les systèmes d'information d'Apria R.S.A. auront force probante en cas de contentieux sous réserve de l'appréciation des tribunaux.

## Formules 101 - 102

Les garanties sont exprimées avec la participation du Régime Obligatoire. La Mutuelle intervient dans la limite des frais engagés après participation du Régime Obligatoire.

PRESTATIONS	FORMULES	
	101	102
<b>HOSPITALISATION</b>		
Séjour	100% BR	100% BR
Forfait journalier	100% BR	100% BR
Soins médicaux ou chirurgicaux	100% BR	100% BR
Chambre particulière (1)	122 € / J	122 € / J
<b>SOINS MÉDICAUX</b>		
Consultation, visite	100% BR	100% BR
Soins dentaires	100% BR	100% BR
Auxiliaires médicaux	100% BR	100% BR
Analyses médicales	100% BR	100% BR
Actes de radiologie	100% BR	100% BR
<b>TRANSPORT</b>	100% BR	100% BR
<b>PHARMACIE</b>	100 % BR	100 % BR
<b>OPTIQUE (2)</b>		
Forfait lunettes (verres + monture + traitements)		
Lunettes avec verres simples	100% BR	100% BR
Lunettes avec verres complexes	100% BR	100% BR
Lentilles prises en charge par le RO	100% BR	100% BR
<b>DENTAIRE</b>		
Prothèses dentaires	130% BR	RO + 80 % TM + 40 % BR
Orthodontie	100% BR	100% BR
<b>AUTRES APPAREILLAGES</b>		
Auditifs	100% BR	100% BR
Orthopédiques	100% BR	100% BR
<b>DÉPASSEMENTS D'HONORAIRES</b>	NON	NON
<b>CURES THERMALES</b>		
Forfait thermal	80 % BR	RO + 80 % TM
Forfait surveillance médicale	80 % BR	RO + 80 % TM
<b>INDEMNITÉ DÉCÈS</b>	138 €	68 €

(1) En cas d'hospitalisation pour affections psychopathologiques, en secteur public ou privé, ou de séjour en alcoologie et toxicologie, les frais de Chambre particulière ne sont pas pris en charge.

(2) Les verres simples correspondent à des verres simple foyer dont la sphère est comprise entre -6 et +6 ou dont le cylindre est inférieur ou égal à +4.

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

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

RO : Régime Obligatoire

BR : Base de remboursement retenue par le Régime Obligatoire.

TM (Ticket modérateur) : partie de la Base de remboursement non prise en charge par le Régime Obligatoire.

## GAMME VITAPRO (professions médicales)

Les garanties sont exprimées avec la participation du Régime Obligatoire. La Mutuelle intervient dans la limite des frais engagés après participation du Régime Obligatoire.

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

Les Prestations	MEDECINS		PHARMACIENS	
	MEDI'1	MEDI'2	PHARMA'1	PHARMA'2
<b>Hospitalisation</b>				
Forfait journalier .....	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Soins et honoraires médicaux ou chirurgicaux (1).....	100 % BR	190 % BR (2)	100 % BR	190 % BR (2)
Séjour.....	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Transport (3).....	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Chambre particulière (4).....	61 €/nuit	122 €/nuit	61 €/nuit	122 E/nuit
Frais d'accompagnant (lit et repas) (4) .....	23 €/jour	23 €/jour	23 €/jour	23 E/jour
<b>Honoraires médicaux</b>				
Consultations, visites, actes médicaux (1)(5)(6) .....	100 % BR	190 % BR (2)	100 % BR(4)(5)	190 % BR (2)
Auxiliaires médicaux et paramédicaux (infirmier, podologue, kinésithérapeute, sage-femme, ...)(3) .....	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Analyses médicales (5) .....	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Radios (dont Ostéodensitométrie prise en charge par le RO). (5)(6)	100 % BR	190 % BR (2)	100 % BR	190 % BR (2)
Ostéodensitométrie non prise en charge par le RO (7).....		75 E		75 E
Dietétique, ostéopathie et chiropractie (8) .....		20 E		20 E
<b>Maternité</b>				
Chambre particulière .....	61E/nuit	122 E/nuit	61 E/nuit	122 E/nuit
Prime naissance (9) .....	122 E	153 E	122 E	153 E
<b>Pharmacie</b>				
Médicaments (3)/petit appareillage/accessoires .....	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Vaccin anti-grippe .....	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Vaccins non pris en charge par le RO .....		Frais réels		Frais réels
Pilule contraceptive non prise en charge par le RO (7).....		45 E		45 E
<b>Transport (3)</b> .....	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
<b>Optique (13)</b>				
Forfait lunettes (2 verres + 1 monture) par période de 2 ans (sauf pour les enfants de moins de 18 ans ou en cas d'évolution de la vue : par an)				
Forfait maximum pour la monture	100 €	150 €	100 €	150 €
Lunettes avec verres simples } y compris monture	100 E	200 E	100 E	200 E
Lunettes avec verres complexes } .....	200 E	300 E	200 E	300 E
Lentilles prises ou non en charge par le RO.....	100 E /an	153 E /an	100 E/an	153 E /an
Chirurgie réfractive non prise en charge par le RO .....		250 E /œil		250 E /œil
<b>Dentaire</b>				
Soins .....	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Prothèses prises en charge par le RO				
- Couronnes				
. couronne métal .....	100 % BR + 81 E	100 % BR + 122 E	100 % BR + 81 E	100 % BR + 122 E
. couronne céramo métallique .....	100 % BR + 81 E	100 % BR + 275 E	100 % BR + 81 E	100 % BR + 275 E
- Autres prothèses prises en charge par le RO .....	100 % BR	350 % BR	175 % BR	350 % BR
Prothèses non prises en charge par le RO (7).....		206 E		206 E
Implants (7)(10).....		800 E		800 E
Plafond annuel pour les couronnes, les prothèses et les implants pour la part dépassant la base de remboursement	500 E	1 000 E	500 E	1 000 E
Orthodontie : - prise en charge par le RO (11).....	150 % BR	250 % BR	150 % BR	250 % BR
- non prise en charge par le RO (7).....		370 E		370 E
<b>Cure thermale</b> Prise en charge par le RO				
Forfait thermal, surveillance médicale.....	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Hébergement (12).....	100 % BR	100 % BR + 382 E	100 % BR	100 % BR + 382 E
Transport (3).....	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
<b>Autres appareillages</b>				
Auditifs .....	250 % BR	350 % BR	250 % BR	350 % BR
Grand appareillage (achat lit médicalisé, achat chaussures orthopédiques, ...) .....	100 % BR	350 % BR	100 % BR	350 % BR
<b>Indemnité décès</b> .....	153 E	763 E	153 E	763 E
<b>Assistance Santé à Domicile</b> .....	24H/24, 7J/7	24H/24, 7J/7	24H/24, 7J/7	24H/24, 7J/7

Les Prestations	DENTISTES		OPTICIENS	
	DENTI'1	DENTI'2	OPTI'1	OPTI'2
<b>Hospitalisation</b>				
Forfait journalier .....	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Soins et honoraires médicaux ou chirurgicaux (1) .....	100 % BR	190 % BR (2)	100 % BR	190 % BR (2)
Séjour .....	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Transport (3) .....	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Chambre particulière (4) .....	61 €/nuit	122 €/nuit	61 €/nuit	122 E/nuit
Frais d'accompagnant (lit et repas) (4) .....	23 €/jour	23 €/jour	23 €/jour	23 E/jour
<b>Honoraires médicaux</b>				
Consultations, visites, actes médicaux (1)(5)(6) .....	100 % BR	190 % BR (2)	100 % BR	190 % BR (2)
Auxiliaires médicaux et paramédicaux (infirmier, podologue, kinésithérapeute, sage-femme,...) (3) .....	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Analyses médicales (5) .....	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Radios (dont Ostéodensitométrie prise en charge par le RO) (5)(6) .....	100 % BR	190 % BR (2)	100 % BR	190 % BR (2)
Ostéodensitométrie non prise en charge par le RO (7) .....		75 E		75 E
Détérioration, ostéopathie et chiropractie (8) .....		20 E		20 E
<b>Maternité</b>				
Chambre particulière .....	61E/nuit	122 E/nuit	61 E/nuit	122 E/nuit
Prime naissance (9) .....	122 E	153 E	122 E	153 E
<b>Pharmacie</b>				
Médicaments (3)/petit appareillage/accessoires .....	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Vaccin anti-grippe .....	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Vaccins non pris en charge par le RO .....		Frais réels		Frais réels
Pilule contraceptive non prise en charge par le RO (7) .....		45 E		45 E
<b>Transport (3)</b> .....	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
<b>Optique (13)</b>				
Forfait Lunettes (2 verres + 1 monture) par période de 2 ans (sauf pour les enfants de moins de 18 ans ou en cas d'évolution de la vue : par an)				
Forfait maximum pour la monture	100 €	150 €	100 €	150 €
Lunettes avec verres simples } y compris monture	100 E	200 E	100 E	200 E
Lunettes avec verres complexes }	200 E	300 E	200 E	300 E
Lentilles prises ou non en charge par le RO .....	100 E /an	153 E /an	100 E/an	153 E /an
Chirurgie réfractive non prise en charge par le RO .....		250 E /œil		250 E /œil
<b>Dentaire</b>				
Soins .....	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
• Prothèses prises en charge par le RO				
- Couronnes				
. couronne métal .....	100 % BR	100 % BR	100 % BR + 81 E	100 % BR + 122 E
. couronne céramo métallique .....	100 % BR	100 % BR	100 % BR + 81 E	100 % BR + 275 E
- Autres prothèses prises en charge par le RO .....	100 % BR	100 % BR	175 % BR	350 % BR
• Prothèses non prises en charge par le RO (7) .....				206 E
• Implants (7)(10) .....				800 E
Plafond annuel pour les couronnes, les prothèses et les implants pour la part dépassant la base de remboursement			500 E	1 000 E
• Orthodontie : - prise en charge par le RO (11) .....	150 % BR	250 % BR	150 % BR	250 % BR
- non prise en charge par le RO (7) .....		370 E		370 E
<b>Cure thermale</b> Prise en charge par le RO				
Forfait thermal, surveillance médicale .....	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Hébergement (12) .....	100 % BR	100 % BR + 382 E	100 % BR	100 % BR + 382 E
Transport (3) .....	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
<b>Autres appareillages</b>				
Auditifs .....	250 % BR	350 % BR	250 % BR	350 % BR
Grand appareillage (achat lit médicalisé, achat chaussures orthopédiques, ...) .....	100 % BR	350 % BR	100 % BR	350 % BR
<b>Indemnité décès</b> .....	153 E	763 E	153 E	763 E
<b>Assistance Santé à Domicile</b> .....	24H/24, 7J/7	24H/24, 7J/7	24H/24, 7J/7	24H/24, 7J/7

(1) Prise en charge intégrale de la participation forfaitaire actes lourds réalisés à l'hôpital ou en ville.

(2) Les taux de remboursement sont majorés de 20 % de la BR pour les honoraires des médecins ayant adhéré à l'un des Dispositifs de Pratique Tarifaire Maîtrisée.

Les Dispositifs de Pratique Tarifaire Maîtrisée sont des contrats proposés par l'Assurance Maladie aux médecins visant à modérer les dépassements d'honoraires.

(3) Les franchises sur les médicaments, les actes paramédicaux et le transport ne sont pas prises en charge par le contrat, quel que soit le niveau de garanties souscrit.

(4) En cas d'hospitalisation pour affections psychopathologiques, en secteur public ou privé, ou de séjour en alcoologie et toxicologie, les frais de Chambre particulière et les Frais d'accompagnant ne sont pas pris en charge.

(5) Hors participation forfaitaire.

(6) En cas de non-respect du parcours de soins, la majoration du ticket modérateur n'est pas prise en charge, ni les pénalités financières qui s'appliquent aux tarifs de consultation des spécialistes.

(7) Forfaits annuels par année civile.

(8) 4 consultations au choix par année civile.

(9) Il n'est versé qu'une prime par foyer (pour une naissance ou une adoption). En cas de naissances multiples, le versement se limite à 2 primes.

(10) Un seul remboursement forfaitaire, même si les soins pour un même implant sont réalisés sur 2 années.

(11) Les prestations sont prises à 100 % par le RO, MAAF Santé verse un supplément.

(12) En l'absence de participation du RO sur les frais d'hébergement, MAAF Santé ne rembourse que le forfait de 382 € pour les formules DENTI'2, OPTI'2, MEDI'2 et PHARMA'2, dans la limite de la période de prise en charge de la cure thermale par le RO.

(13) Les verres simples correspondent à des verres simple foyer dont la sphère est comprise entre -6 et +6 ou dont le cylindre est inférieur ou égal à +4. Tous les autres verres sont regroupés sous l'appellation « verres complexes ». En cas d'équipement comportant un verre simple et un verre complexe, le remboursement s'effectue sur la base de la garantie « Lunettes avec verres complexes ». Les garanties « forfaits lunettes » sont limités 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. L'équipement peut être renouvelé par période d'1 an à compter de la date d'acquisition du dernier équipement en cas d'évolution de la vue et pour les enfants âgés de moins de 18 ans.

RO : Régime Obligatoire

BR : Base de remboursement retenue par le Régime Obligatoire.

TM (Ticket modérateur) : partie de la Base de remboursement non prise en charge par le Régime Obligatoire.

# L'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	Garde des autres enfants vivant au domicile	Relais maternité	Allo Infos Bébé	Assistance psychologique maternité	Aide à domicile	Location de téléviseur	Prise en charge des animaux de compagnie	Venue d'un proche	Conseils médicaux - Transport	Organisation du transport médical	Livraison de médicaments	Aide aux démarches	Relais administratif	Assistance psychologique	Aide à l'organisation des obsèques	Avance des frais d'obsèques
● Hospitalisation soudaine et imprévue dès le 1 <sup>er</sup> jour	●	●						●	●		●	●	●	●					
● Hospitalisation* d'une nuit au moins consécutive à une maladie* ou à un accident corporel							●												
● Hospitalisation soudaine et imprévue d'au moins 3 jours	●	●					●	●	●	●	●	●	●	●					
● Séjour en maternité d'au moins 6 jours		●					●	●			●	●	●	●					
● Naissances multiples ou séjour en maternité d'au moins 6 jours				●															
● Naissance d'un enfant					●														
● Immobilisation soudaine et imprévue au domicile d'au moins 6 jours	●	●					●		●	●	●	●	●	●					
● Accident corporel ou maladie avec un arrêt de l'activité supérieur à 15 jours du TNS ou du conjoint collaborateur															●				
● Immobilisation soudaine et imprévue au domicile d'au moins 3 jours des enfants de moins de 16 ans			●							●	●	●	●	●					
● Hospitalisation soudaine et imprévue d'un enfant dès le 1 <sup>er</sup> jour				●															
● Traumatisme psychologique lié à la maternité						●													
● Décès	●	●					●		●					●	●	●	●	●	●

● Garantie accordée suite à un événement concernant le sociétaire ou son conjoint.

■ Garantie accordée suite à un événement concernant les autres bénéficiaires.

## Définitions :

### - Accident corporel

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

### - Bénéficiaire

Le sociétaire et son conjoint assuré ou non, ainsi que leurs ascendants et leurs enfants assurés ou non, vivant sous leur toit.

### - Hospitalisation

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

### - Hospitalisation imprévue

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

### - Immobilisation

Fait suite à une maladie subite ou à un accident corporel, entraînant un alitement ou une impossibilité d'effectuer les tâches ménagères.

### - Maladie

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

### - Maladie chronique

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

### Détails des prestations

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

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

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

Si la solution ci-dessus ne peut convenir :

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

Garde des autres enfants vivant au domicile

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

- un déplacement aller/retour d'un proche désigné par le sociétaire ou son conjoint pour les garder à domicile (France métropolitaine ou même département dans les DROM. Pour les trajets dont la durée en train est inférieure à 5 heures, il sera remis un billet de train 1<sup>ère</sup> 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 dans les DROM. Pour les trajets dont la durée en train est inférieure à 5 heures, il sera remis un billet de train 1<sup>ère</sup> 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.

## L'ASSISTANCE SANTÉ À DOMICILE

### Relais maternité

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

### Allo Infos Bébé

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

#### ■ Santé :

- Les soins du nouveau-né,
- Les vaccinations du nouveau-né,
- L'alimentation de bébé,
- L'évolution et le développement de bébé,

#### ■ Modes de garde :

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

#### ■ Informations juridiques et administratives :

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

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

### 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

À 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'assuré ou, sur demande, auprès d'un psychologue de son choix.

MAAF Assistance prend en charge le coût des consultations.

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

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

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

#### ■ 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.

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

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

■ Jusqu'à 30 heures réparties sur 1 mois à raison de 2 heures minimum par intervention, dès le 1<sup>er</sup> jour ou au retour au domicile.

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

■ Jusqu'à 1 mois.

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

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

### Prise en charge de la venue d'un proche

■ Déplacement aller/retour d'un proche désigné par le sociétaire ou son conjoint (France métropolitaine ou même département pour les DROM. Pour les trajets dont la durée en train est inférieure à 5 heures il sera remis un billet de train 1<sup>ère</sup> 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,

## L'ASSISTANCE SANTÉ À DOMICILE

### 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.

### Livraison de médicaments

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

### Aide aux démarches

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

### Relais administratif

#### ■ Remplacement du sociétaire (Travailleur Non Salarié) ou de son conjoint collaborateur

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

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

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

#### ■ Communication vers les clients et/ou les fournisseurs

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

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

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

### Assistance psychologique

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

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

#### ■ Accueil et consultation psychologique

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

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

#### ■ Suivi psychologique

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

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

MAAF Assistance prend en charge le coût des consultations.

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

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

**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.

### 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.

## DÉFINITIONS

### CONTRAT « RESPONSABLE ET SOLIDAIRE » :

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

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

De plus les garanties complémentaires santé « responsables » remboursent au minimum (sous réserve des éventuelles évolutions réglementaires) en complément du régime obligatoire\* et conformément aux nouvelles dispositions de l'article L.871-1 du Code de la Sécurité sociale le ticket modérateur\* pour l'ensemble des dépenses de santé prises en charge par l'assurance maladie obligatoire, sauf pour les frais de cure thermique et les médicaments\* dont le service rendu a été classé faible ou modéré, ainsi que pour l'homéopathie.

Elles doivent également couvrir l'intégralité du forfait journalier hospitalier ainsi que la participation forfaitaire actes lourds, prévue à l'article R160-16 du Code de la Sécurité sociale, et le forfait patient urgences, prévu à l'article L.160-13 du Code de la Sécurité sociale.

Elles remboursent intégralement, en sus du Régime Obligatoire, les équipements optique, soins prothétiques dentaires et aides auditives appartenant à une liste réglementée «100% Santé» à hauteur des honoraires limites de facturation (HLF) ou des Prix Limites de Vente (PLV).

Elles respectent les règles légales de renouvellement des équipements à savoir :

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

Elles respectent les planchers et les plafonds du contrat responsable.

La prise en charge des dépassements d'honoraires\* des médecins qui n'adhèrent pas à l'un des Dispositifs de Pratique Tarifaire Maîtrisée\* est limitée et doit nécessairement être inférieure à celle des dépassements d'honoraires\* de médecins qui adhèrent à l'un de ces dispositifs.

En revanche, ils ne remboursent pas :

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

### DÉPASSEMENT D'HONORAIRES

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

Un professionnel de santé doit fixer le montant de ses dépassements d'honoraires « avec tact et mesure » et

respecter le cas échéant le Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée auquel il a adhéré et en informer préalablement son patient. La complémentaire santé peut prendre en charge tout ou partie de ces dépassements, si ses garanties le prévoient.

Synonyme : dépassements

### DISPOSITIFS DE PRATIQUE TARIFAIRE MAÎTRISÉE

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

### FORFAIT JOURNALIER HOSPITALIER

Somme due pour tout séjour hospitalier dans un établissement de santé (sauf pour les assurés relevant du Régime local Alsace Moselle).

Il s'agit d'une participation forfaitaire du patient aux frais d'hébergement et d'entretien entraînés par son hospitalisation.

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

### LUNETTES

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

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

Le remboursement de l'assurance maladie obligatoire est très inférieur aux dépenses réelles. Par exemple, pour un adulte, il est de 1,70 € pour une monture (60 % de 2,84 €), et au maximum de 14,72 € par verre (60 % de 24,54 €) au 01/01/2014.

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

### PRÉCISIONS SUR LA GARANTIE OPTIQUE

Les garanties « forfaits lunettes » sont limitées à un équipement (2 verres correcteurs et 1 monture) par période de 2 ans à compter de la date d'acquisition du dernier équipement pour les adultes. L'équipement peut être renouvelé par période d'1 an à compter de la date d'acquisition du dernier équipement en cas d'évolution de la vue et pour les enfants âgés de moins de 18 ans.

Les verres simples correspondent à des verres simple foyer dont la sphère est comprises entre -6 et +6 ou dont le cylindre est inférieur ou égal à +4.

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

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

## LES CONDITIONS D'ADHÉSION

Le contrat s'adresse aux personnes exerçant une profession médicale (médecin, pharmacien, dentiste et opticien) et à leurs ayants-droit.

## L'OUVERTURE DES DROITS

### À L'ADHÉSION

Les droits sont ouverts immédiatement pour la souscription des formules Medi'1, Pharma'1, Denti'1 et Opti'1.

Pour les formules Medi'2, Pharma'2, Denti'2 et Opti'2, pendant la durée des délais d'attente indiqués ci-après, l'indemnisation est effectuée sur la base des garanties de Medi'1, Pharma'1, Denti'1 et Opti'1 :

- 3 mois pour la maladie, l'optique, l'auditif, l'orthopédie, les soins dentaires,
- 6 mois pour toute hospitalisation, y compris la maternité,
- 6 mois pour la prothèse dentaire (pour toute pose de prothèse effectuée après la date d'ouverture des droits),
- 6 mois pour l'implantologie (pour toute pose d'un implant effectuée après la date d'ouverture des droits),
- 6 mois pour l'orthodontie (pour tout traitement commencé après la date d'ouverture des droits),
- 6 mois pour la cure thermale (pour toute cure thermale commencée après la date d'ouverture des droits).

### EN COURS DE CONTRAT

Tout changement de garantie à la hausse n'est possible qu'après au moins 6 mois de présence à la Mutuelle. Les nouvelles garanties s'appliquent alors immédiatement.

Tout changement de garantie vers une formule prévoyant des prestations inférieures n'est possible qu'au 1<sup>er</sup> janvier de chaque année.

La Mutuelle accepte l'adjonction d'un membre bénéficiaire sur le contrat du membre participant avec un effet rétroactif à la date de l'événement uniquement si la demande est faite dans les 3 mois en cas :

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

## LA COTISATION

La cotisation est déterminée dans les conditions indiquées à l'article 11.

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

Pour un membre participant ayant au moins 3 enfants de 0-21 ans assurés, la gratuité des cotisations est accordée à partir du 3<sup>ème</sup> enfant.

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

Vos Prestations	VITAMIN'100	VITAMIN'200	VITAMIN'300	VITAMIN'500
<b>Hospitalisation</b>				
Forfait journalier hospitalier	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Honoraires hospitaliers	100% BR	100% BR	140% BR	200% BR
Séjour	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR
Transport (1)	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR
Chambre particulière (2)	OPTION POSSIBLE 50 € / nuit	50 € / nuit	50 € / nuit	80 € / nuit
Frais d'accompagnant (lit et repas) (2)	30 €/jour	30 €/jour	30 €/jour	30 €/jour
Maternité Chambre particulière Prime naissance (3)	OPTION POSSIBLE 50 €/nuit -	50 €/nuit 122 €	50 €/nuit 153 €	80 €/nuit 153 €
<b>Soins courants</b>				
<b>Honoraires médicaux</b>				
Consultations, visites, actes médicaux (1)	100% BR	100% BR	120% BR	190% BR
Radios (dont ostéodensitométrie prise en charge par le RO) (1)	100% BR	100% BR	120% BR	190% BR
<b>Honoraires paramédicaux</b>				
Auxiliaires médicaux et paramédicaux (infirmier, podologue, kinésithérapeute, sage-femme ...) (1)	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR
<b>Accompagnement psychologique remboursé par le RO (10)</b>	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR
<b>Analyses et examens de laboratoire (1)</b>	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR
<b>Médicaments :</b>				
Médicaments (1)	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR
Forfait automédication	-	-	30 €/an	30 €/an
Pilule contraceptive non prise en charge par le RO	-	-	-	45 €/an
<b>Transports (1)</b>	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR
<b>Matériel médical</b>				
Petit appareillage / accessoires (semelles, attelles...)	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR
Prothèse mammaire	100% BR	100% BR+50 €/an	100% BR+100 €/an	100% BR+150 €/an
Prothèse capillaire	100% BR	100% BR+50 €/an	100% BR+100 €/an	100% BR+150 €/an
Achat fauteuil roulant	100% BR	100% BR+500 €/an	100% BR+1500 €/an	100% BR+2000 €/an
Grand appareillage (achat lit médicalisé, achat chaussures orthopédiques...)	100% BR	100% BR	100% BR	350%
<b>Prévention et médecines douces :</b>				
Forfait prévention (7)	90 €/an	90 €/an	90 €/an	90 €/an
Ostéodensitométrie non prise en charge par le RO	-	30 €/an	50 €/an	75 €/an
Ostéopathie et chiropractie (4 séances au choix par an)	-	-	15 €	20 €
<b>Cure thermale prise en charge par le RO</b>				
Forfait thermal, surveillance médicale	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR
Hébergement (8)	100% BR	100% BR	100% BR+153 €	100% BR+382 €
Transport (1)	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR
<b>Aides auditives (renouvellement tous les 4 ans)</b>				
Équipement à prise en charge libre	100% BR	250% BR	300% BR	350% BR
Équipements 100 % santé (9) à partir du 01.01.2021	Frais réels (9)			
<b>Optique</b>				
<b>Équipements à prise en charge libre chez un opticien partenaire Santéclair**</b>	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			
Forfait lunettes (4) (2 verres + 1 monture)				
Forfait maximum pour la monture	100% BR	100 €	100 €	100 €
Lunettes avec verres simples y compris monture		150 €	250 €	400 €
Lunettes avec verres complexes y compris monture	100% BR	300 €	400 €	550 €
<b>Équipements à prise en charge libre chez un autre opticien ou sur internet</b>	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			
Forfait lunettes (4) (2 verres + 1 monture)				
Forfait maximum pour la monture	100% BR	100 €	100 €	100 €
Lunettes avec verres simples y compris monture		100 €	150 €	200 €
Lunettes avec verres complexes y compris monture	100% BR	200 €	250 €	300 €
<b>Équipements 100 % santé (9) y compris Offreclair</b>	Frais réels (9) 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			
<b>Autres garanties optiques</b>				
Lentilles prises en charge ou non par le RO	100% BR	100 €/an	120 €/an	153 €/an
Chirurgie réfractive et implant oculaire	-	-	150 €/œil	250 €/œil

<b>Dentaire (5)</b>				
<b>Soins</b>	100%BR	100%BR	100%BR	100%BR
<b>Prothèses à prise en charge libre</b>				
- Couronnes définitives prises en charge par la Sécurité sociale	100% BR	100% BR+81 €	100% BR+168 €	100% BR+275 €
- Autres prothèses prises en charge par le RO	100% BR	175% BR	250% BR	350% BR
- Prothèses non prises en charge par le RO	-	-	153 €/an	250 €/an
- Implants non pris en charge par le RO (6)	-	-	520 €/an	800 €/an
- Plafond annuel pour les couronnes, les prothèses et les implants pour la part dépassant le 100% de la BR	-	500 €	700 €	1 000 €
- Bonus fidélité, plafond majoré de 150 € après 2 années de présence :				
-> la 3 <sup>ème</sup> année	-	650 €	850 €	1 150 €
-> la 4 <sup>ème</sup> année	-	800 €	1 000 €	1 300 €
-> la 5 <sup>ème</sup> année et les suivantes	-	950 €	1 150 €	1 450 €
<b>Soins et prothèses 100 % santé (9)</b>	Frais réels (9)	Frais réels (9)	Frais réels (9)	Frais réels (9)
<b>Orthodontie</b>				
- Orthodontie prise en charge par le RO	100% BR	150% BR	200% BR	300% BR
- Orthodontie non prise en charge par le RO	-	-	-	370 €
<b>Indemnité décès</b>	153 €	153 €	153 €	763 €
<b>Assistance santé à domicile</b>	24H/24, 7J/7	24H/24, 7J/7	24H/24, 7J/7	24H/24, 7J/7

Les prestations sont exprimées en pourcentage de la base de remboursement (BR) de la Sécurité sociale ou en euros. Les garanties exprimées en % BR nécessitent et incluent la participation du Régime Obligatoire (RO) ou du Régime local Alsace Moselle (AM). Celles exprimées en euros correspondent au remboursement complémentaire de MAAF Santé (s'il y a prise en charge du Régime Obligatoire, son remboursement intervient en supplément). MAAF Santé intervient dans la limite des frais engagés. Lorsque le régime obligatoire intervient, le remboursement de celui-ci s'ajoute à celui de MAAF Santé, à l'exception des équipements optique (verres et monture) pour lesquels le remboursement du régime obligatoire est inclus.

Les garanties sont solidaires et responsables (hors Vitamin'50) conformément à la réglementation en vigueur. Elles ne prennent pas en charge les pénalités appliquées en cas de non respect du parcours de soins ainsi que la participation forfaitaire et la franchise annuelle, dites franchises médicales mentionnées à l'article L322-2 du Code de la Sécurité sociale. Les garanties répondent aux exigences de prise en charge du ticket modérateur, du forfait journalier, des planchers et plafonds des garanties optiques ainsi qu'aux limites de dépassements d'honoraires.

- (1) Sous déduction de la participation forfaitaire, des franchises et autres pénalités liées au non respect du parcours de soins.
- (2) En cas d'hospitalisation pour affections psychopathologiques, en secteur public ou privé, ou de séjour en alcoologie et toxicologie, les frais de Chambre particulière et les Frais d'accompagnant ne sont pas pris en charge.
- (3) Il n'est versé qu'une prime par foyer (pour une naissance ou une adoption) sur la base de la formule de garantie souscrite pour cet enfant. En cas de naissances multiples le versement se limite à 2 primes.
- (4) Il est impossible de cumuler un forfait Lunettes chez un opticien partenaire Santéclair\*\* et un forfait lunettes chez un autre opticien.
- (5) L'ensemble des suppléments MAAF Santé (c'est-à-dire les remboursements au-delà du 100% BR) sur les couronnes, les prothèses et l'implantologie est versé dans la limite d'un forfait par année mobile (par période de 12 mois à compter de la date d'effet du contrat) qui varie selon le niveau souscrit et selon l'ancienneté de l'assuré sur le contrat Vitamine (voir le détail des plafonds annuels dentaires dans le tableau). Pour les couronnes, les forfaits s'entendent par couronne.
- (6) Un seul remboursement forfaitaire même si les soins pour un même implant sont réalisés sur 2 années mobiles.
- (7) Le forfait couvre les consultations diététiques, les vaccins non pris en charge (dont vaccin anti-grippe), les tests et auto-tests de dépistage (dont infections urinaires), les préservatifs (limités à 30 €/an), les substituts nicotiques tels que prévus dans la « liste des substituts nicotiques pris en charge par l'assurance maladie » non remboursés par le RO car non prescrits par un médecin, (limité à 50 €/an) et les crèmes solaires délivrées sur ordonnance (limitées à 30 €/an).
- (8) Forfait supplémentaire accordé dans la limite de la période de prise en charge par le Régime Obligatoire.
- (9) Tels que définis réglementairement. Prise en charge intégrale plafonnée aux prix limites de vente ou aux honoraires limites de facturation.
- (10) La garantie prend en charge les séances d'accompagnement psychologique remboursées par le RO, dans les limites prévues par l'article R.162-65 du Code de la Sécurité sociale. Elles doivent être réalisées par un psychologue conventionné avec l'Assurance Maladie, sur orientation d'un médecin.

\* Les taux de remboursement sont majorés de 20% de la BR pour les honoraires des médecins ayant adhéré à l'un des Dispositifs de Pratique Tarifaire Maîtrisée.

Les Dispositifs de Pratique Tarifaire Maîtrisée sont des contrats proposés par l'Assurance Maladie aux médecins visant à modérer les dépassements d'honoraires.

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

Les prothèses fixes (couronne, bridge, inlay-core) et les implants dentaires sont garantis 10 ans, lorsqu'ils sont posés par un dentiste partenaire Santéclair. Cette garantie permet, en cas de sinistre, la prise en charge de la pose d'une nouvelle prothèse et/ou d'un nouvel implant à leur valeur de remplacement sous 2 conditions :

- être toujours assuré à la Mutuelle à la date du sinistre,
- bénéficier du tiers payant lors de la pose de la prothèse ou de l'implant initial et lors du remplacement.

RO : Régime Obligatoire

BR : Base de remboursement retenue par le Régime Obligatoire.

TM (Ticket modérateur) : partie de la Base de remboursement non prise en charge par le Régime Obligatoire.

## ■ Précisions sur les garanties Vitamine

### HOSPITALISATION

Lors d'une hospitalisation en ambulatoire : les frais de transport, sont remboursés au titre des garanties hospitalisation et les éventuels dépassements d'honoraires le sont si la formule Vitamin' 300 ou Vitamin' 500 a été souscrite. Les éventuels frais de chambre particulière ne sont pas remboursés au titre du contrat Vitamine.

En cas d'hospitalisation pour affections psychopathologiques, en secteur public ou privé, ou de séjour en alcoologie et toxicologie, les frais de chambre particulière et les frais d'accompagnant ne sont pas pris en charge.

### HONORAIRES MÉDICAUX / MÉDICAMENTS

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

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

### LA PRÉVENTION ET LES MÉDECINES DOUCES

MAAF Santé rembourse le ticket modérateur des actes de prévention pris en charge par le régime obligatoire.

De plus, MAAF Santé verse un forfait de 90 € maximum par an et par assuré pour couvrir des actes de prévention non pris en charge par le régime obligatoire :

- consultations diététiques,
- vaccins non pris en charge (dont le vaccin anti-grippe),
- tests et auto-tests de dépistage (recommandés par votre pharmacien) dont le dépistage des infections urinaires,
- préservatifs (limités à 30 €/an),
- sevrage tabagique : les substituts nicotiques tels que prévus dans la « liste des substituts nicotiques pris en charge par l'assurance maladie » non remboursés par le RO car non prescrits par un médecin,
- crèmes solaires prescrites (limitées à 30 €/an).

### AIDES AUDITIVES

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

Elles prennent en charge :

- les équipements à prise en charge libre\* :
  - les aides auditives jusqu'à 20 inclus
  - les aides auditives à partir de 21 ans
- les équipements 100% santé\* : prise en charge intégrale plafonnée aux prix limites de vente des équipements définis réglementairement.

### L'OPTIQUE

#### ■ Les équipements à prise en charge libre :

Les garanties « forfaits lunettes » des formules Vitamin' 200, Vitamin' 300 et Vitamin' 500 sont limitées à un équipement (2 verres correcteurs et 1 monture) par période de 2 ans à compter de la date d'acquisition du dernier équipement pour les adultes et les enfants de 16 ans et plus.

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

Les garanties prennent en charge, selon la formule choisie :

- avec Vitamin' 100 : uniquement le ticket modérateur,
- avec Vitamin' 200, Vitamin' 300 et Vitamin' 500 : un forfait lunettes (monture + verres simples ou complexes + traitements).

Les verres simples sont réglementairement définis de la façon suivante :

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

ou ■ verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme sphère+cylindre est inférieure ou égale à 6,00 dioptries.

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

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

Lorsque l'achat a lieu chez un opticien partenaire Santéclair, vous pouvez bénéficier de forfaits majorés (Vitamin' 200, Vitamin' 300 et Vitamin' 500).

#### ■ Équipements 100 % santé :

prise en charge intégrale plafonnée aux prix limites de vente :

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

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

La chirurgie réfractive (non prise en charge par le régime obligatoire) a pour but de corriger les anomalies de vision optique (myopie, astigmatisme, hypermétropie) de façon à améliorer l'acuité visuelle sans correction et donc de diminuer la dépendance aux lunettes et aux lentilles de contact.

### DENTAIRE

Les garanties s'appliquent aux :

- prothèses à prise en charge libre :
  - couronnes définitives prise en charge par le RO
  - autres prothèses prises en charge par le RO
  - prothèses non prises en charge par le RO
- soins et prothèses 100 % santé : prise en charge intégrale plafonnée aux honoraires limites de facturation des soins et prothèses définis réglementairement selon le type de prothèse, la localisation de la dent et le matériau utilisé.

#### ■ Ce que vous devez savoir

##### Contrat « responsable et solidaire » :

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

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

De plus, les garanties complémentaires santé « responsables » remboursent au minimum (sous réserve des éventuelles évolutions réglementaires) en complément du régime obligatoire\* et conformément aux nouvelles dispositions de l'article L.871-1 du Code de la Sécurité sociale le ticket modérateur\* pour l'ensemble des dépenses de santé prises en charge par l'assurance maladie obligatoire, sauf pour les frais de cure thermique et les médicaments\* dont le service rendu a été classé faible ou modéré, ainsi que pour l'homéopathie.

Elles doivent également couvrir l'intégralité du forfait journalier hospitalier\*, ainsi que la participation forfaitaire actes lourds, prévue à l'article R. 160-16 du code de la Sécurité sociale et le forfait patient urgences, prévu à l'article L160-13 du code de la Sécurité sociale.

Elles remboursent intégralement, en sus du Régime Obligatoire, les équipements optique, soins prothétiques dentaires et aides auditives appartenant à une liste réglementée « 100 % Santé » à hauteur des honoraires limites de facturation (HLF) ou des Prix Limites de Vente (PLV).

Elles respectent les règles légales de renouvellement des équipements à savoir :

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

Elles respectent les planchers et les plafonds du contrat responsable.

La prise en charge des dépassements d'honoraires\* des médecins qui n'adhèrent pas à l'un des Dispositifs de Pratique Tarifaire Maîtrisée\* est limitée et doit nécessairement être inférieure à celle des dépassements d'honoraires\* de médecins qui adhèrent à l'un de ces dispositifs.

En revanche, ils ne remboursent pas :

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

### Dispositifs de Pratique Tarifaire Maîtrisée

Il s'agit de contrats proposés par l'Assurance Maladie aux médecins visant à modérer les dépassements d'honoraires.

Exemples de dispositifs : option pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM) et option pratique tarifaire maîtrisée chirurgie obstétrique (OPTAM-CO). Ils remplacent le Contrat d'Accès aux Soins (CAS) depuis le 01/01/2017.

### Équipement 100 % santé :

Les assurés peuvent bénéficier de certaines prestations d'optique, d'aides auditives et de prothèses dentaires, intégralement remboursées par l'assurance maladie obligatoire et les complémentaires santé, donc sans frais restant à leur charge, sous réserve que les professionnels de santé respectent les tarifs maximum fixés.

### ■ Le forfait prévention

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

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

#### Forfait 90 € par an

- les consultations diététiques effectuées par une diététicienne diplômée
- les vaccins non pris en charge (dont le vaccin anti-grippe)
- les tests et auto-tests de dépistage (recommandés par le pharmacien), dont le dépistage des infections urinaires
- les préservatifs (limités à 30 €/an)
- les crèmes solaires prescrites (limitées à 30 €/an)

Ces soins identifiés (appelés aussi « paniers 100 % Santé » ou « paniers à prise en charge renforcée ») sont définis réglementairement.

Les opticiens, audioprothésistes et chirurgiens-dentistes fixent leur prix dans la limite de plafonds prédéfinis et s'engagent à respecter les conditions de l'offre « 100 % Santé ».

La différence entre le prix facturé par l'opticien, l'audioprothésiste ou le chirurgien-dentiste, et le montant remboursé par l'assurance maladie obligatoire, est remboursé par le contrat Vitamine.

Les opticiens et les audioprothésistes sont tenus de proposer un équipement du panier « 100 % Santé » et d'établir un devis faisant systématiquement apparaître un équipement de l'offre « 100 % Santé ».

Les chirurgiens-dentistes ont quant à eux l'obligation, lorsqu'ils proposent à leur patient la réalisation d'un acte en dehors du panier « 100 % Santé », de leur proposer également une alternative thérapeutique prévue dans le panier « 100 % Santé », chaque fois qu'une telle alternative existe, ou à défaut, de leur proposer une alternative avec un reste à charge maîtrisé. Les chirurgiens-dentistes sont également tenus de remettre un devis au patient pour les prothèses dentaires.  
synonymes : soins et prothèses 100 % Santé.

### Forfait journalier hospitalier

Somme due pour tout séjour hospitalier dans un établissement de santé (sauf pour les assurés relevant du Régime local Alsace Moselle).

Il s'agit d'une participation forfaitaire du patient aux frais d'hébergement et d'entretien entraînés par son hospitalisation.

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

## ■ L'assistance santé à domicile

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

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

Garanties	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	Venue d'un proche	Conseils médicaux, recherche d'un médecin	Organisation du transport médical	Aide aux démarches	Relais administratif	Livraison de médicaments	Services (portage d'espèces, courses, coiffure à domicile)	Assistance psychologique	Assistance psychologique maternité	Ergothérapeute	Aide à l'organisation des obsèques	Avance des frais d'obsèques	
• Hospitalisation soudaine et imprévue dès le 1 <sup>er</sup> jour	●	●					●	●	■	●		■	■	■		●							
• Hospitalisation* d'une nuit au moins consécutive à une maladie* ou à un accident corporel*							●																
• Hospitalisation soudaine et imprévue d'au moins 3 jours	●	●					●	●	■	●		■	■	■		●							
• Séjour en maternité d'au moins 6 jours		●					●	●								●							
• Naissances multiples ou séjour en maternité d'au moins 6 jours					●																		
• Naissance d'un enfant						●																	
• Immobilisation soudaine et imprévue au domicile d'au moins 6 jours	●	●					●			●		■	■	■		●							
• Accident corporel ou maladie avec un arrêt de l'activité supérieur à 15 jours du TNS ou du conjoint collaborateur															●								
• Immobilisation soudaine et imprévue au domicile d'au moins 3 jours des enfants de moins de 16 ans													■			■							
• Hospitalisation soudaine et imprévue d'un enfant dès le 1 <sup>er</sup> jour																							
• Traumatisme psychologique lié à la maternité																			●				
• Maladies graves*								●						●		●	●	●					
• Traitements médicaux lourds**	● (1)	● (1)						●	● (1)					●		●	●	●					
• Événements traumatisants														●									
• Accidents corporels et maladies graves donnant lieu à l'achat d'un fauteuil roulant														●							●		
• Décès	●	●												●							●	●	●

Définition :

Bénéficiaire : le sociétaire et son conjoint assurés ou non ainsi que leurs ascendants et leurs enfants assurés ou non, vivant sous leur toit.

Immobilisation : fait suite à une maladie subite ou à un accident corporel, entraînant un alitement ou l'impossibilité d'effectuer les tâches ménagères.

Légende :

- garantie accordée suite à un événement concernant le sociétaire ou son conjoint.
- garantie accordée suite à un événement concernant les autres bénéficiaires.

\* - 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 ou radiothérapie

## Définitions :

### - Accident corporel

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

### - Hospitalisation

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

### - Hospitalisation imprévue

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

### - Maladie

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

### - Maladie chronique

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

## La mise en jeu de la garantie assistance

L'évènement déclencheur doit concerner l'un des assurés du contrat. La prestation pourra, quant à elle, être délivrée au bénéficiaire de personnes non dénommées au contrat et appelées « bénéficiaires ».

Tous les déplacements s'entendent en France métropolitaine. Pour les trajets dont la durée en train est inférieure à 5 heures, il sera remis un billet de train 1<sup>ère</sup> classe. Dans le cas contraire, il sera remis un billet d'avion classe économique.

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

Les dépenses engagées sans l'accord préalable de MAAF Assistance resteront à la charge de l'assuré.

Lors de la mise en jeu des prestations, MAAF Assistance peut éventuellement être amenée à demander certains justificatifs.

L'évènement déclenchant la garantie étant amené à évoluer, soit en amélioration, soit en dégradation, MAAF Assistance pourra réévaluer les garanties accordées dans les limites autorisées.

En cas de déclaration mensongère du bénéficiaire ou de non remboursement d'une avance de frais, MAAF Assistance réclamera s'il y a lieu au bénéficiaire le remboursement de tout ou partie des frais qui pourraient être considérés comme la conséquence directe du comportement.

MAAF Assistance ne sera pas tenue responsable des manquements ou contretemps à l'exécution de ses obligations qui résulteraient de cas de force majeure ou d'évènements tels que guerre civile ou étrangère, mouvement populaire, émeute, grève, saisie ou contrainte par la force publique, interdiction officielle, piraterie, explosion d'engins, effets nucléaires ou radioactifs, empêchements climatiques.

## Détail des prestations d'assistance santé à domicile

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 dans les DROM. Pour les trajets dont la durée en train est inférieure à 5 heures, il sera remis un billet de train 1<sup>ère</sup> 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 dans les DROM. Pour les trajets dont la durée en train est inférieure à 5 heures, il sera remis un billet de train 1<sup>ère</sup> 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'évènement.

### 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 dans les DROM. Pour les trajets dont la durée en train est inférieure à 5 heures, il sera remis un billet de train 1<sup>ère</sup> 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 dans les DROM. Pour les trajets dont la durée en train est inférieure à 5 heures, il sera remis un billet de train 1<sup>ère</sup> classe, pour les trajets dont la durée en train est supérieure à 5 heures il sera remis un billet d'avion classe économique). En cas de nécessité, ou d'indisponibilité d'un accompagnateur, MAAF Assistance organise et prend en charge l'accompagnement des enfants par l'un de ses prestataires conventionnés,

Ou

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

Si aucune des solutions ci-dessus ne peut convenir :

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

Ou

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

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

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

Si la solution ci-dessus ne peut convenir :

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

### Garde des autres enfants vivant au domicile

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

■ un déplacement aller/retour d'un proche désigné par l'assuré ou son conjoint pour les garder à domicile (France métropolitaine ou même département dans les DROM. Pour les trajets dont la durée en train est inférieure à 5 heures, il sera remis un billet de train 1<sup>ère</sup> 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 dans les DROM. Pour les trajets dont la durée en train est inférieure à 5 heures, il sera remis un billet de train 1<sup>ère</sup> classe, pour les trajets dont la durée en train est supérieure à 5 heures il sera remis un billet d'avion classe économique). En cas de nécessité, ou d'indisponibilité d'un accompagnateur, MAAF Assistance organise et prend en charge l'accompagnement des enfants par l'un de ses prestataires.

Si aucune des solutions ci-dessus ne peut convenir :

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

### Relais maternité

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

## Allo Infos Bébé

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

### ■ Santé :

- Les soins du nouveau-né,
- Les vaccinations du nouveau-né,
- L'alimentation de bébé,
- L'évolution et le développement de bébé.

### ■ Modes de garde :

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

### ■ Informations juridiques et administratives :

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

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

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

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

- Jusqu'à 30 heures réparties sur 1 mois à raison de 2 heures minimum par intervention, dès le 1<sup>er</sup> jour ou au retour au domicile.

## Aide à domicile élargie

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

- Jusqu'à 100 heures réparties sur 12 mois, à raison de 2 heures minimum par intervention dès le 1<sup>er</sup> 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 l'assuré ou son conjoint (France métropolitaine ou même département dans les DROM. Pour les trajets dont la durée en train est inférieure à 5 heures, il sera remis un billet de train 1<sup>ère</sup> 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 sociétaire (Travailleur Non Salarié) ou de son conjoint collaborateur

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

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

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

### ■ Communication vers les clients et/ou les fournisseurs

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

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

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

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

## Livraison de médicaments

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

## Services

### Portage d'espèces à domicile

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

- Déplacement aller/retour vers l'établissement bancaire,

Ou

- Portage par prestataire agréé de 200 ? maximum contre reconnaissance de dette (somme remboursable dans un délai de 2 mois).

### Portage de repas à domicile

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

### Portage de courses à domicile

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

- Déplacement aller/retour au centre commercial le plus proche du domicile (12 déplacements répartis sur 12 mois)

Ou

- Prise en charge des frais de livraison d'une commande (30 livraisons sur 12 mois).

### Coiffure à domicile

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

## Assistance psychologique

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

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

### ■ Accueil et consultation psychologique

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

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

### ■ Suivi psychologique

À 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.

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

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

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

La garantie n'intervient pas :

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

## Assistance psychologique maternité

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

### ■ Accueil et consultation psychologique

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

### ■ Suivi psychologique

À 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'assuré ou, sur demande, auprès d'un psychologue de son choix.

MAAF Assistance prend en charge le coût des consultations.

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

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

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

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 cadre d'une décompensation psychique grave nécessitant une hospitalisation en milieu spécialisé.

## Organisation et mise à disposition d'un ergothérapeute

■ Évaluation de la personne dans son lieu de vie (bilan de la personne, bilan matériel de l'environnement de vie, rédaction d'un rapport).

■ Le cas échéant, étude sur l'aménagement du domicile avec vérification sur place a posteriori des installations et du bien-être du bénéficiaire.

## Aide à l'organisation des obsèques

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

## Avance des frais d'obsèques

Remboursables dans un délai de 1 mois.

### IMPORTANT :

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

### IMPORTANT :

- Les prestations d'assistance dépendent de la gravité et des conséquences de l'événement. Elles s'appliquent dès le 1<sup>er</sup> jour.
- Lors de la mise en jeu des prestations, la Mutuelle pourra éventuellement être amenée à demander certains justificatifs au membre participant.

### ■ La vie du contrat

#### L'OUVERTURE DES DROITS

##### À l'adhésion

Les droits sont ouverts immédiatement pour la souscription des formules VITAMIN'100 et VITAMIN'200.

Pour les formules VITAMIN'300 et VITAMIN'500, pendant la durée des délais d'attente indiqués ci-après, l'indemnisation est effectuée sur la base des garanties de VITAMIN'200 :

- 3 mois pour la maladie, l'optique, l'auditif, l'orthopédie, les soins dentaires,
- 6 mois pour toute hospitalisation, y compris la maternité,
- 6 mois pour la prothèse dentaire (pour toute pose de prothèse effectuée après la date d'ouverture des droits),
- 6 mois pour l'implantologie (pour toute pose d'un implant effectuée après la date d'ouverture des droits),
- 6 mois pour l'orthodontie (pour tout traitement commencé après la date d'ouverture des droits),
- 6 mois pour la cure thermale (pour toute cure thermale commencée après la date d'ouverture des droits).

### En cours de contrat

Tout changement de garantie à la hausse n'est possible qu'après au moins 6 mois de présence à la Mutuelle. Les nouvelles garanties s'appliquent alors immédiatement.

Tout changement de garantie vers une formule prévoyant des prestations inférieures n'est possible qu'au 1<sup>er</sup> janvier de chaque année.

La Mutuelle accepte l'adjonction d'un membre bénéficiaire sur le contrat du membre participant avec un effet rétroactif à la date de l'événement uniquement si la demande est faite dans les 3 mois en cas :

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

### LA COTISATION

La cotisation est déterminée dans les conditions indiquées à l'article 11.

Les membres participants et les membres bénéficiaires sont classés en 12 tranches d'âge :

de 0 à 21 ans, 22-26 ans, 27-31 ans, 32-36 ans, 37-41 ans, 42-46 ans, 47-51 ans, 52-56 ans, 57-61 ans, 62-66 ans, 67-71 ans, plus de 71 ans.

Pour un membre participant ayant au moins 3 enfants de 0-21 ans assurés, la gratuité des cotisations est accordée à partir du 3<sup>ème</sup> enfant.

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

## GAMME BIORYTHM

Les garanties sont solidaires et responsables conformément à la réglementation en vigueur. Elles ne prennent pas en charge les pénalités appliquées en cas de non respect du parcours de soins ainsi que la participation forfaitaire et la franchise annuelle, dites franchises médicales mentionnées à l'article L322-2 du Code de la Sécurité sociale. Les garanties répondent aux exigences de prise en charge du ticket modérateur, du forfait journalier, des planchers et plafonds des garanties optiques ainsi qu'aux limites de dépassements d'honoraires.

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

### LES GARANTIES HOSPITALISATION

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

(\*) Le niveau 1 n'est pas proposé aux assurés relevant du Régime local Alsace-Moselle car ce régime prend en charge les frais d'hospitalisation à 100 %.

#### ■ la réglementation

(1) Des participations forfaitaires sont laissées à la charge de l'assuré pour :

- les actes coûteux pratiqués en ville ou en établissement de santé,
  - tout passage non programmé dans les services d'urgences d'un établissement de santé non suivi d'une hospitalisation.
- MAAF Santé prend intégralement en charge ces participations forfaitaires.

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

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

#### ■ les garanties MAAF Santé

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

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

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

#### Une garantie optionnelle : l'indemnité journalière Hospitalisation.

C'est une indemnité qui permet, en cas d'hospitalisation d'un bénéficiaire dans un hôpital ou une clinique, de faire face aux frais annexes : garde d'enfants, frais de transport, achats de livres, de jeux pour les enfants.

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

■ Niveau 1	■ Niveau 2	■ Niveau 3
16 € / jour	31 € / jour	46 € / jour

Elle s'applique toujours sans stage, quel que soit le niveau souscrit.

Il n'y a pas d'âge minimum pour souscrire cette garantie, même un enfant peut opter pour ce module optionnel.

Il n'y a pas de franchise accident. Une franchise maladie relative de 3 jours est appliquée c'est-à-dire que pour une hospitalisation de 3 jours ou moins la garantie n'entre pas en jeu, par contre pour une hospitalisation de plus de 3 jours il y a indemnisation sans franchise (la maternité est assimilée à une maladie).

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

En cours de contrat il n'y a pas d'indexation de garanties. Si le contrat est résilié et que seule l'option « Indemnité journalière hospitalisation » est conservée, elle ne peut être supérieure au niveau 1.

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

## Les exclusions :

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

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

Les indemnités sont versées sur présentation de la facture d'hospitalisation.

## SOINS COURANTS

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

SOINS COURANTS	Niveau 1	Niveau 2	Niveau 3	Niveau 4
<b>Honoraires médicaux</b>				
Consultations, visite (1)(3)	100 % BR	100 % BR	120 % BR**	190 % BR**
Actes médicaux (1)(2)(3)	100 % BR	100 % BR	120 % BR**	190 % BR**
Radios (dont ostéodensitométrie prise en charge par la Sécurité sociale) (1)(3)	100 % BR	100 % BR	120 % BR**	190 % BR**
Ostéodensitométrie non prise en charge par la Sécurité sociale *	-	30 e	50 e	75 e
<b>Analyses et examens de laboratoires (1)</b>	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
<b>Honoraires paramédicaux</b> (infirmiers, kinésithérapeutes, orthophonistes, orthoptistes, podologues, ...) (4)	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Ostéopathie, chiropractie et à partir de 55 ans pédicures* (10)	-	25€/séance (limité à 1 fois/an)	25€/séance (limité à 2 fois/an)	35€/séance (limité à 2 fois/an)
<b>Accompagnement psychologique remboursé par le RO (11)</b>	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
<b>Médicaments</b>				
- Médicaments remboursés à 65 % RO (90 % AM)	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
- Médicaments remboursés à 30 % RO (80 % AM) (4)(5)	30 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
- Médicaments remboursés à 15 % RO (4)(5)	15 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
- Forfait automédication * (6)	-	20 €	30 e	30 e
- Pilule contraceptive non prise en charge par la Sécurité sociale *	-	-	-	45 e
<b>Matériel médical</b>				
- Petit appareillage/ accessoires (semelles, attelles, genouillères,...)	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
- Prothèse mammaire* (8)	100 % BR	100 % BR + 50 €	100 % BR + 100 €	100 % BR + 150 €
- Prothèse capillaire* (8)	100 % BR	100 % BR + 50 €	100 % BR + 100 €	100 % BR + 150 €
- Achat fauteuil roulant* (8)	100 % BR	100 % BR + 500 €	100 % BR + 1 500 €	100 % BR + 2 000 €
- Grand appareillage* (8) (achat lit médicalisé, achat chaussures orthopédiques...)	100 % BR	100 % BR	100 % BR	350 % BR
<b>Forfait prévention*</b>	-	90 e	90 e	90 e
<b>Transport (4)</b>	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
<b>Cure thermale</b> prise en charge par la Sécurité sociale				
- forfait thermal	65 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
- surveillance médicale	70 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
- hébergement* (9)	65 ou 0 % BR	100 ou 0 % BR	100 ou 0 % BR + 153 e	100 ou 0 % BR + 382 e

Le niveau 1 ne concerne pas les assurés dépendant du Régime local Alsace-Moselle.

Il ne peut être souscrit qu'avec :

- le module « Hospitalisation » niveau 1 ou 2
- le module « Hospitalisation » niveau 1 ou 2 et le module « Appareillages/prothèses » niveau 1.

## Précisions importantes sur :

### ■ la réglementation

- (1) La participation forfaitaire de 1 € appliquée par la Sécurité sociale n'est pas prise en charge par MAAF Santé.
  - (2) Des participations forfaitaires sont laissées à la charge de l'assuré pour :
    - les actes coûteux pratiqués en ville ou en établissement de santé,
    - tout passage non programmé dans les services d'urgences d'un établissement de santé non suivi d'une hospitalisation.MAAF Santé prend intégralement en charge ces participations forfaitaires.
  - (3) En cas de non respect du parcours de soins, le Régime Obligatoire diminue sa participation pour n'intervenir qu'à hauteur de 30% de la base de remboursement et les médecins consultés directement sont autorisés à effectuer des dépassements d'honoraires. Ces différentes pénalités ne sont pas prises en charge par la Mutuelle.
  - (4) La franchise médicale de 0.50 € par boîte de médicaments et par acte effectué par un auxiliaire médical (à l'exception de ceux pratiqués au cours d'une hospitalisation) ainsi que la franchise médicale de 2 € par transport sanitaire (à l'exception des transports d'urgence) qui sont appliquées par le Régime Obligatoire ne sont pas prises en charge par la Mutuelle.
- (\*\*) Les garanties sont majorées de 20 % de la base de remboursement pour les honoraires des médecins ayant adhéré à l'un des Dispositifs de Pratique Tarifaire Maîtrisée.

### ■ les garanties MAAF Santé

- (5) La Mutuelle intervient à hauteur de 35 % sur les médicaments remboursés à 65 % (10 % sur les médicaments remboursés à 90 % pour le Régime local AM) (tous les niveaux), 70 % sur les médicaments remboursés à 30 % (20 % sur les médicaments remboursés à 80% par le Régime local AM) et 85 % sur les médicaments remboursés à 15 % (niveaux 2,3 et 4).
  - (6) Le forfait automédication permet la prise en charge de médicaments accessibles en pharmacie sans ordonnance. Les médicaments pris en charge au titre de cette garantie sont ceux figurant sur le site internet d'aide à l'automédication (sirop antitussif, douleurs, fièvres, antihistaminiques, veinotoniques...). Le site internet d'aide à l'automédication est proposé et géré par Santéclair (RCS N°428 704 977) ; il peut évoluer à tout moment. Les assurés peuvent le consulter à partir de leur Espace client MAAF sur [maaf.fr](http://maaf.fr) (la liste des médicaments est également disponible auprès de leur conseiller MAAF).
  - (8) La Sécurité sociale rembourse 100 % de la base de remboursement. La Mutuelle versera un supplément selon le niveau souscrit.
  - (9) En l'absence de participation de la Sécurité sociale sur l'hébergement (ou tout autre Régime Obligatoire), la Mutuelle ne verse que le supplément (pour les niveaux 3 et 4), dans la limite de la période de prise en charge de la cure thermique par le Régime Obligatoire.
  - (10) La limite de remboursement annuelle s'applique à l'ensemble des spécialités.
  - (11) La garantie prend en charge les séances d'accompagnement psychologique remboursées par le RO, dans les limites prévues par l'article R.162-65 du Code de la Sécurité sociale. Elles doivent être réalisées par un psychologue conventionné avec l'Assurance Maladie, sur orientation d'un médecin.
- \* Tous les forfaits sont des forfaits par assuré et par année civile, valables du 1<sup>er</sup> janvier au 31 décembre.

**Le forfait Prévention :** les garanties sont les mêmes que celles décrites pour la gamme Vitamine Banque Populaire.

### ■ Les services associés

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

## LES GARANTIES APPAREILLAGES ET PROTHÈSES

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

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

### Précisions importantes sur les garanties :

#### ■ En dentaire

Les forfaits sont des forfaits annuels par année mobile par assuré c'est-à-dire valables sur une période de 12 mois consécutifs à compter de la date d'effet du contrat.

Seuls les forfaits liés aux couronnes (voir tableau ci-dessous).

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

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

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

(2) Un seul remboursement forfaitaire est versé, même si les frais liés à un même implant sont réalisés sur 2 années mobiles.

(3) Le Régime Obligatoire rembourse 100 % de la base de remboursement. La Mutuelle verse un supplément selon le niveau souscrit.

(4) Prise en charge intégrale plafonnée aux honoraires limites de facturation.

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

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

### ■ En optique

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

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

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

Équipements à prise en charge libre :

Les garanties prennent en charge, selon la formule choisie :  
en niveau 1 : uniquement le ticket modérateur (quelques centimes d'euros au 01.01.2020),  
en niveau 2, 3 et 4 : un forfait Lunettes (monture + verres simples ou complexes + traitements).

Les verres simples sont réglementairement définis de la façon suivante :

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

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

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

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

Équipements 100 % santé :

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

- les lunettes (2 verres + 1 monture) définies réglementairement. La garantie inclut également les équipements Offreclair, sélection d'équipements proposés par les opticiens partenaires Santéclair. Pour plus de précisions sur ces équipements, vous pouvez solliciter votre opticien partenaire Santéclair,
- la prestation d'appairage et le supplément pour le verre à filtre.

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

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

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

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

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

### ■ Aides auditives

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

Elles prennent en charge :

- les équipements à prise en charge libre :  
la prise en charge par le régime obligatoire et MAAF Santé ne pourra pas dépasser 1700 € par oreille.  
Les piles et accessoires sont pris en charge au titre de la garantie équipements à prise en charge libre selon le niveau souscrit.

- les équipements 100 % santé : prise en charge intégrale plafonnée aux prix limites de vente des équipements définis réglementairement,

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

### ■ La garantie « Dispense de paiement »

En cas de décès du membre participant ou de son conjoint assuré à la Mutuelle, tous les bénéficiaires présents au contrat à la date du décès sont exonérés de cotisation pendant 12 mois, cette période commençant au plus tôt le lendemain du jour du décès.

Les bénéficiaires sont ceux présents au dossier à la date du décès ainsi que les enfants à naître et/ou le (la) conjoint(e) et les enfants éventuellement assurés sur un autre contrat de la Mutuelle.

L'ouverture des droits à garantie est effective :

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

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

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

### Cas d'une modification pendant les 12 mois de la dispense de paiement

Pendant cette période, un assuré peut modifier ses garanties à la hausse mais, dans ce cas, la différence de cotisation reste à sa charge.

De même, en cas d'adjonction d'un nouvel assuré, sa cotisation doit être réglée (sauf pour un nouveau-né).

# L'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	Garanties																							
	Prise en charge des parents	Prise en charge des enfants de moins de 16 ans	Garde à domicile des enfants malades	Garde des autres enfants vivant au domicile	Relais maternité	Allo Info Bébé	Conseils santé	Aide à domicile	Aide à domicile élargie	Location de téléviseur	Prise en charge des animaux de compagnie	Venue d'un proche	Recherche d'un médecin, d'une infirmière ou d'intervenants médicaux	Organisation du transport médical	Aide aux démarches	Relais administratif	Livraison de médicaments	Services (portage d'espèces, de courses, de repas, de courses, coliture à domicile)	Assistance psychologique	Assistance psychologique maternité	Ergothérapeute	Aide à l'organisation des obsèques	Avance des frais d'obsèques	
■ Hospitalisation soudaine et imprévue dès le 1 <sup>er</sup> jour	●						● (1)		●●	●		●●	●●	●●	●●	●●	●●							
■ Hospitalisation* d'une nuit au moins consécutive à une maladie* ou à un accident corporel*							●	●	●●	●	●●	●●	●●	●●	●●									
■ Hospitalisation soudaine et imprévue d'au moins 3 jours	●						●	●●	●●	●	●●	●●	●●	●●	●●									
■ Séjour en maternité d'au moins 6 jours	●						●	●	●															
■ Naissances multiples ou séjour en maternité d'au moins 6 jours				●																				
■ Naissance d'un enfant					●																			
■ Immobilisation soudaine et imprévue au domicile d'au moins 6 jours	●						●	●	●●	●	●●	●●	●●	●●	●●									
■ Chute d'un adulte de 55 ans et plus							●																	
■ Accident corporel ou maladie avec un arrêt de l'activité supérieur à 15 jours du TNS ou du conjoint collaborateur																								
■ Immobilisation soudaine et imprévue au domicile d'au moins 3 jours des enfants de moins de 16 ans		●																						
■ Hospitalisation soudaine et imprévue d'un enfant dès le 1 <sup>er</sup> jour			●																					
■ Traumatisme psychologique lié à la maternité																			●					
■ Maladies graves*								●																
■ Traitements médicaux lourds**	●	● (2)						● (2)																
■ Événements traumatisants																								
■ Accidents corporels et maladies graves donnant lieu à l'achat d'un fauteuil roulant																								
■ Décès	●	●					●															●●	●●	●●

Définition :  
 - bénéficiaire : Le sociétaire et son conjoint assurés ou non ainsi que leurs ascendants et leurs enfants assurés ou non, vivant sous leur toit.  
 - Immobilisation : fait suite à une maladie subite ou à un accident corporel, entraînant un alitement ou une impossibilité d'effectuer les tâches ménagères.  
 ● Garantie accordée suite à un événement concernant le sociétaire ou son conjoint.  
 ●● Garantie accordée suite à un événement concernant les autres bénéficiaires.

(1) La prestation « Conseils santé » est également mise en œuvre en cas de maladie ou accident corporel précédant une hospitalisation ou lors d'une hospitalisation.

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

## Définitions :

### - Accident corporel

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

### - Hospitalisation

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

### - Hospitalisation imprévue

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

### - Maladie

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

### - Maladie chronique

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

## La mise en jeu de la garantie Assistance

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

## Détail des prestations d'assistance santé à domicile

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 du membre participant (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 membre participant ou son conjoint pour s'en occuper au domicile (en 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<sup>ère</sup> 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 (en 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<sup>ère</sup> 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'évènement.

## Prise en charge des enfants de moins de 16 ans

- Déplacement aller/retour d'un proche désigné par le membre participant ou son conjoint pour les garder à domicile (en 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<sup>ère</sup> 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 (en 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<sup>ère</sup> 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 extrascolaires et leur retour au domicile par une personne habilitée par nos soins, un trajet aller et un trajet retour par jour, avec un maximum de 10 trajets répartis sur un 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'évènement,

Ou

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

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

- Déplacement aller/retour d'un proche désigné par le membre participant ou son conjoint pour garder les enfants malades ou accidentés à domicile (en 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<sup>ère</sup> 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 du membre est hospitalisé de manière soudaine et imprévue par suite de maladie ou d'accident corporel et que son état de santé nécessite la présence d'une personne à son chevet et si ni le membre participant, 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 (en 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<sup>ère</sup> 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 (en 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<sup>ère</sup> classe, pour les trajets dont la durée en train est supérieure à 5 heures, il sera remis un billet d'avion classe économique). En cas de nécessité, ou d'indisponibilité d'un accompagnateur, MAAF Assistance organise et prend en charge l'accompagnement des enfants par l'un de ses prestataires.

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

### **Relais maternité**

- En cas de naissances multiples ou d'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 au membre participant, par téléphone, les renseignements qui lui sont nécessaires dans les domaines suivants :

La grossesse :

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

L'accouchement :

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

Après l'accouchement :

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

L'arrivée de bébé :

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

Modes de garde :

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

Informations juridiques et administratives :

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

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

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

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

- Jusqu'à 30 heures réparties sur 1 mois à raison de 2 heures minimum par intervention, dès le 1er jour ou au retour au domicile.

### **Aide à domicile élargie**

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

- Jusqu'à 100 heures réparties sur 12 mois, à raison de 2 heures minimum par intervention dès le 1er jour ou au retour au domicile.

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

- Jusqu'à 1 mois.

### Prise en charge des animaux de compagnie vivant au domicile du membre participant

- Transport et hébergement jusqu'à 1 mois, chez une personne désignée par le membre participant 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 membre participant ou son conjoint (en 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<sup>ère</sup> 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

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

- Recherche d'un médecin en cas d'absence ou d'indisponibilité du médecin traitant, et dès lors que l'événement ne relève pas de l'urgence,
- Recherche d'une infirmière sur prescription médicale,
- Recherche d'intervenants médicaux en dehors des heures d'ouverture des cabinets

#### Événements déclencheurs

- Une hospitalisation soudaine et imprévue dès le 1<sup>er</sup> jour
- Une hospitalisation soudaine et imprévue d'au moins 3 jours
- Séjour en maternité d'au moins 6 jours
- Une immobilisation soudaine et imprévue au domicile d'au moins 6 jours
- Une immobilisation soudaine et imprévue au domicile d'au moins 3 jours des enfants de moins de 16 ans

#### Conseils Santé

Hormis les cas d'urgences médicales pour lesquelles seuls les services d'urgence officiels (SAMU, pompiers etc.) sont compétents, l'équipe de Médecins de MAAF Assistance communique à l'assuré, sur simple appel téléphonique (du lundi au vendredi, de 9h00 à 19h00 et hors jours fériés), des renseignements relatifs à la santé.

Les conseils médicaux donnés ne peuvent en aucun cas être considérés comme des consultations médicales ou un encouragement à l'automédication et ils ne se substituent pas à une consultation effectuée par le médecin traitant.

Ils sont donnés exclusivement sur la base des informations communiquées par téléphone par l'assuré. De ce fait, aucune étude sur pièce (dossier médical ou autre) ne peut être réalisée.

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

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

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

MAAF Assistance s'engage à respecter et à faire respecter aux salariés et professionnels qu'elle fait intervenir une stricte confidentialité des propos, quelle que soit la nature de l'acte.

Celle-ci est la condition essentielle du contrat : elle garantit aux assurés une parfaite liberté d'expression et la sécurité indispensable à une prise en charge efficace.

### 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 de l'assuré.

### 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 membre participant (Travailleur Non Salarié) ou du conjoint collaborateur

En cas d'accident corporel ou de maladie du membre participant (TNS) ou du conjoint collaborateur ayant entraîné une interruption de son activité de plus de 15 jours, une aide pour assurer la continuité de la gestion administrative de son entreprise peut être accordée à compter du 16<sup>ème</sup> jour. MAAF Assistance aide à la recherche d'un Intérimaire, sur simple appel téléphonique, du lundi au vendredi, de 9h à 18h.

Après avoir vérifié les disponibilités de la personne susceptible de répondre aux critères établis par l'assuré, 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 résidant en France métropolitaine ou même département pour les DROM pour venir en aide à l'assuré (pour les trajets dont la durée en train est inférieure à 5 heures, il sera remis un billet de train 1<sup>ère</sup> classe, pour les trajets dont la durée en train est supérieure à 5 heures, il sera remis un billet d'avion classe économique).

#### ■ Communication vers les clients et/ou les fournisseurs

En cas d'accident corporel ou de maladie du membre participant (TNS) ou du conjoint collaborateur ayant entraîné une interruption de son activité de plus de 15 jours, MAAF Assistance s'engage à communiquer un message unique rédigé par le membre participant 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 et immobilisé à son domicile, et que ni lui, si non entourage ne sont en mesure de faire les courses :

- Déplacement aller/retour au centre commercial le plus proche du domicile (12 déplacements répartis sur 12 mois),

Ou

- Prise en charge des frais de livraison d'une commande (30 livraisons sur 12 mois).

### ■ Coiffure à domicile

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

## Assistance psychologique

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

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

### ■ Accueil et consultation psychologique

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

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

### ■ Suivi psychologique

À 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 Métropole), 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.

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

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

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

### ■ La garantie n'intervient pas :

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

## Assistance psychologique maternité

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

### ■ Accueil et consultation psychologique

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

### ■ Suivi psychologique

À 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 Métropole), proche du domicile de l'assuré ou, sur demande, auprès d'un psychologue de son choix.

MAAF Assistance prend en charge le coût des consultations.

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

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

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

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

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

### Organisation et mise à disposition d'un ergothérapeute

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

### Aide à l'organisation des obsèques

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

### Avance des frais d'obsèques

- Remboursables dans un délai de 1 mois.

### Conseils Santé

Hormis les cas d'urgences médicales pour lesquelles seuls les services d'urgence officiels (SAMU, pompiers etc.) sont compétents, l'équipe de Médecins de MAAF Assistance communique à l'assuré, sur simple appel téléphonique (du lundi au vendredi, de 9h00 à 19h00 et hors jours fériés), des renseignements relatifs à la santé.

Les conseils médicaux donnés ne peuvent en aucun cas être considérés comme des consultations médicales ou un encouragement à l'automédication et ils ne se substituent pas à une consultation effectuée par le médecin traitant. Ils sont donnés exclusivement sur la base des informations communiquées par téléphone par l'assuré. De ce fait, aucune étude sur pièce (dossier médical ou autre) ne peut être réalisée.

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

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

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

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

### Nature de la garantie

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

#### ■ Accompagnement pré-hospitalisation

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

#### ■ Accompagnement post-hospitalisation

Après une opération chirurgicale, MAAF Assistance peut informer l'assuré sur les suites opératoires possibles, les préconisations recommandées et les complications éventuelles.

Après une hospitalisation pour raison médicale, MAAF Assistance peut :

- informer l'assuré sur l'évolution éventuelle de la maladie, ses principales complications possibles et les principaux effets secondaires des traitements,
- renseigner sur les facteurs de risques cardiovasculaires et autres,
- donner des conseils en matière de nutrition, de sevrage tabagique,
- renseigner sur la maladie dans sa globalité, donner des conseils pour l'observance du traitement, aider à la compréhension des différentes thérapeutiques.

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

L'équipe de Médecins de MAAF Assistance :

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

## GARANTIE D'ASSISTANCE « AIDE AUX AIDANTS »

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

### CHAPITRE I – DISPOSITIONS GÉNÉRALES

#### I. CADRE JURIDIQUE

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

## III. PROTECTION DES DONNÉES PERSONNELLES

Détail des modalités dans la partie Les dispositions communes, paragraphe La protection des données personnelles.

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

#### I. DÉFINITIONS

##### L'Aidant

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

##### L'Aidé

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

##### Proches

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

##### Hospitalisation d'urgence

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

#### II. GARANTIES

##### 1. INFORMATION ET PRÉVENTION : CONSEIL SOCIAL

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

### ■ Transfert du corps

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

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

### ■ Avance de fonds

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

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

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

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

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

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

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

## ■ 2.6 Services d'aide

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

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

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

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

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

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

### ■ 4.1 Si l'Aidé peut être maintenu au domicile

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

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

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

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

Le coût de la prestation commandée est à la charge de l'Aidant. MAAF Assistance ne peut pas être tenue pour responsable de la qualité des travaux effectués par le prestataire contacté par l'Aidant.

#### ■ Informations sur les CESU

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

#### ■ Aide à la recherche d'établissements de jour :

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

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

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

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

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

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

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

### ■ Prévention/ Sensibilisation

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

### ■ Informations d'ordre général sur la santé

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

### ■ Orientation vers des associations spécialisées et groupes de parole

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

### ■ Accompagnement social

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

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

### ■ Aménagement de l'habitat

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

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

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

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

### III. MISE EN JEU DES GARANTIES

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

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

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

## LA VIE DU CONTRAT

### ■ Les conditions d'adhésion

Les personnes âgées de plus de 65 ans ne peuvent pas souscrire l'option Indemnité journalière hospitalisation.

### ■ Les conditions de souscription

Seul le module «Hospitalisation» peut être souscrit seul.

Si le module « Soins courants » et/ou le module «Appareillages-prothèses » sont souscrits, tous les modules (hormis l'Indemnité journalière hospitalisation) doivent être souscrits.

Exceptions à cette règle :

- les offres allégées : le module « Hospitalisation » niveau 1 peut être souscrit avec le module « Soins courants » niveau 2 ou avec le module « Appareillage » niveau 1 et le module « Hospitalisation » niveau 2 peut être souscrit avec le module « Soins courants » niveau 2 ou le module « Appareillages » niveau 2.
- 2 combinaisons comportant le module « Soins courants » niveau 1 : le module « Hospitalisation » niveau 1 peut être souscrit avec le module « Soins courants » niveau 1 et le module « Hospitalisation » niveau 2 peut être souscrit avec le module « Soins courants » niveau 1.

Le module « Soins courants » niveau 1 ne peut pas être souscrit par les assurés dépendant du Régime local Alsace Moselle.

L'« Indemnité journalière hospitalisation » est une option qui ne peut être souscrite qu'en complément d'une formule santé comprenant les garanties hospitalisation, soins courants et appareillages/prothèses.

## L'OUVERTURE DES DROITS

### À l'adhésion

Les droits sont ouverts immédiatement pour la souscription des niveaux 1 ou 2.

Pour les niveaux 3 et 4, pendant la durée des délais d'attente indiqués ci-après, l'indemnisation est effectuée sur la base du niveau 2 :

- 3 mois pour la maladie, l'optique, l'auditif, l'orthopédie,
- 6 mois pour toute hospitalisation, y compris la maternité,
- 6 mois pour la prothèse dentaire (pour toute pose de prothèse effectuée après la date d'ouverture des droits),
- 6 mois pour l'implantologie (pour toute pose d'un implant effectuée après la date d'ouverture des droits)
- 6 mois pour l'orthodontie (pour tout traitement commencé après la date d'ouverture des droits)
- 6 mois pour la cure thermale (pour toute cure thermale commencée après la date d'ouverture des droits).

Pour l'option « Indemnités Journalières Hospitalisation » si c'est le niveau 1 ou 2 de cette option qui est choisi, les garanties s'appliquent sans délai d'attente.

Si c'est le niveau 3 qui est souscrit, l'indemnisation se fait sur la base du niveau 2 pendant la durée d'application des délais d'attente.

### En cours de contrat

Tout changement de garantie à la hausse est possible à tout moment.

Tout changement de garantie vers une formule prévoyant des prestations inférieures est possible après au moins 12 mois de présence dans la formule précédemment souscrite.

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

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

## LA COTISATION

La cotisation est déterminée dans les conditions indiquées à l'article 11.

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

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

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

## LEXIQUE

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

**Aides auditives** : dispositifs médicaux visant à compenser une perte auditive. Elles sont exclusivement délivrées par des audioprothésistes, sur prescription médicale.

Synonyme : prothèses auditives ou appareils auditifs.

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

**Appareillage** : biens médicaux figurant sur la liste des produits et prestations (LPP) remboursables par l'assurance maladie obligatoire. Il s'agit notamment de matériels d'aide à la vie ou nécessaires à certains traitements : pansements, orthèses, attelles, prothèses externes, lits médicaux, béquilles, semelles orthopédiques...

Synonymes : matériel médical, dispositifs médicaux (DM).

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

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

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

- **tarif de convention** lorsque les actes sont effectués par un professionnel de santé conventionné avec l'assurance maladie obligatoire. Il s'agit d'un tarif fixé par une convention signée entre l'assurance maladie obligatoire et les représentants de cette profession,

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

- **tarif de responsabilité** pour les médicaments, appareillages et autres biens médicaux.

**C**ontrat « responsable et solidaire »

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

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

De plus les garanties complémentaires santé « responsables » remboursent au minimum (sous réserve des éventuelles évolutions réglementaires) en complément du régime obligatoire et conformément aux nouvelles dispositions de l'article L871-1 du Code de la Sécurité sociale le ticket modérateur pour l'ensemble des dépenses de santé prises en charge par l'assurance maladie obligatoire, sauf pour les frais de cure thermale et les médicaments dont le service rendu a été classé faible ou modéré, ainsi que pour l'homéopathie.

Elles doivent également couvrir l'intégralité du forfait journalier hospitalier ainsi que la participation forfaitaire actes lourds, prévue à l'article R160-16 du Code de la Sécurité sociale, et le forfait patient urgences, prévu à l'article L160-13 de code de la Sécurité sociale.

Elles remboursent intégralement, en sus du Régime Obligatoire, les équipements optique, soins prothétiques dentaires et aides auditives appartenant à une liste réglementée « 100 % Santé » à hauteur des honoraires limites de facturation (HLF) ou des Prix Limites de Vente (PLV).

Elles respectent les règles légales de renouvellement des équipements à savoir :

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

- aides auditives : par période de 4 ans à compter de la date d'acquisition du dernier équipement.

Elles respectent les planchers et les plafonds du contrat responsable.

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

**Chambre particulière** : prestation proposée par les établissements de santé, permettant à un patient hospitalisé d'être hébergé dans une chambre individuelle. La chambre individuelle n'est presque jamais remboursée par l'assurance maladie obligatoire car le patient peut demander à être hébergé en chambre commune (sauf lorsque la prescription médicale impose l'isolement dans un établissement psychiatrique ou de soins de suite).

Son coût varie selon les établissements. Il peut être remboursé par les complémentaires santé.

**Chirurgie réfractive** : différentes techniques chirurgicales (notamment l'opération de la myopie au laser, qui est la plus fréquente) permettent de corriger les défauts visuels.

L'assurance maladie obligatoire ne prend pas en charge ces opérations, mais celles-ci peuvent l'être par l'assurance maladie complémentaire.

Synonymes : opération de la myopie, kératotomie radiaire.

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

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

Un professionnel de santé doit fixer le montant de ses dépassements d'honoraires « avec tact et mesure », et respecter le cas échéant le Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée auquel il a adhéré et en informer préalablement son patient. La complémentaire santé peut prendre en charge tout ou partie de ces dépassements, si ses garanties le prévoient.

Synonyme : dépassements

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

**Echéance** : date qui marque le début de chaque année d'assurance.

**Équipement 100 % santé** : Les assurés peuvent bénéficier de certaines prestations d'optique, d'aides auditives et de prothèses dentaires, intégralement remboursées par l'assurance maladie obligatoire et les complémentaires santé, donc sans frais restant à leur charge, sous réserve que les professionnels de santé respectent les tarifs maximum fixés.

Ces soins identifiés (appelés aussi « paniers 100 % Santé » ou « paniers à prise en charge renforcée ») sont définis réglementairement.

Les opticiens, audioprothésistes et chirurgiens-dentistes fixent leur prix dans la limite de plafonds prédéfinis et s'engagent à respecter les conditions de l'offre « 100 % Santé ».

La différence entre le prix facturé par l'opticien, l'audioprothésiste ou le chirurgien-dentiste, et le montant remboursé par l'assurance maladie obligatoire, est remboursé par la complémentaire santé.

Les opticiens et les audioprothésistes sont tenus de proposer un équipement du panier « 100 % Santé » et d'établir un devis faisant systématiquement apparaître un équipement de l'offre « 100 % Santé ».

Les chirurgiens-dentistes ont quant à eux l'obligation, lorsqu'ils proposent à leur patient la réalisation d'un acte en dehors du panier « 100 % Santé », de leur proposer également une alternative thérapeutique prévue dans le panier « 100 % Santé », chaque fois qu'une telle alternative existe, ou à défaut, de leur proposer une alternative avec un reste à charge maîtrisé. Les chirurgiens-dentistes sont également tenus de remettre un devis au patient pour les prothèses dentaires.

Synonymes : soins et prothèses 100 % santé.

**Équipement à prise en charge libre** : il s'agit des prestations d'optique, d'aides auditives et de soins et prothèses dentaires qui ne font pas partie des équipements « 100 % Santé » dont la liste est définie réglementairement.

La prise en charge des équipements à prise en charge libre découle de l'application du tableau de garantie contractuel.

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

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

**Forfait journalier hospitalier** : somme due pour tout séjour hospitalier dans un établissement de santé. Il s'agit d'une participation forfaitaire du patient aux frais d'hébergement et d'entretien entraînés par son hospitalisation.

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

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

Synonymes : forfait hospitalier, forfait journalier.

**Forfait patient urgences** : participation forfaitaire laissée à la charge de l'assuré pour tout passage non programmé dans les services d'urgences d'un établissement de santé lorsque ce passage n'est pas suivi d'une hospitalisation dans un service de médecine, de chirurgie, d'obstétrique ou d'odontologie de l'établissement (article L.160-13 du Code de la Sécurité sociale).

**Formule** : assemblage de modules de garanties formant la couverture complémentaire d'un assuré. Les formules résultent du choix d'une combinaison de niveaux de garanties en « Soins courants », « Hospitalisation », « Appareillages et prothèses ».

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

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

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

**Frais d'accompagnant** : frais correspondant aux facilités (lit, repas) mises à disposition d'une personne qui accompagne un patient hospitalisé et reste auprès de lui le temps de l'hospitalisation (par exemple, un parent en cas d'hospitalisation de l'enfant).

Ces frais facturés par l'hôpital ou la clinique ne sont pas remboursés par l'assurance maladie obligatoire, mais peuvent en revanche être pris en charge par certaines complémentaires santé.

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

**Franchise médicale** : somme déduite des remboursements effectués par l'assurance maladie obligatoire sur les médicaments, les actes paramédicaux et les transports sanitaires depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2008.

Son montant est de :

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

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

Certaines personnes en sont exonérées : jeunes de moins de 18 ans, bénéficiaires de la Complémentaire santé solidaire (CSS) et de l'Aide médicale de l'Etat, femmes enceintes (du 1<sup>er</sup> jour du 6<sup>ème</sup> mois de grossesse et jusqu'au 12<sup>ème</sup> jour après l'accouchement), les jeunes filles mineures âgées d'au moins 15 ans pour la contraception et la contraception d'urgence, les victimes d'un acte de terrorisme pour les frais de santé en rapport avec cet événement. Les franchises ne sont pas remboursées par les complémentaires santé « responsables ».

Voir également : contrat « solidaire et responsable ».

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

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

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

**Honoraires** : rémunération d'un professionnel de santé libéral.

**Honoraires de dispensation** : rémunération du pharmacien d'officine destinée à valoriser la dispensation d'un médicament qui comprend l'analyse pharmaceutique de l'ordonnance, la préparation éventuelle des doses à administrer, les conseils aux patients.

Ces honoraires sont pris en charge à 70 % par l'assurance maladie obligatoire (sauf cas dérogatoires prévus réglementairement) et à 30 % par l'assurance complémentaire à condition que la délivrance fasse suite à une prescription médicale de médicaments remboursables.

**Honoraires limites de facturation** : montant maximum pouvant être facturé par un chirurgien-dentiste conventionné avec l'assurance maladie obligatoire pour un acte donné. On parle également de « tarifs plafonnés ».

À compter de 2019, des honoraires limites de facturation sont appliqués à certaines prothèses dentaires, dont en particulier celles contenues dans le panier « 100 % Santé ».

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

**Hospitalisation** : séjour médicalement prescrit dans un établissement de soins public ou privé agréé par le Ministère de la Santé ou à domicile, ayant pour but un traitement médical ou chirurgical d'une maladie, d'un accident corporel, ou d'une maternité.

Voir également : forfait journalier hospitalier, frais de séjour, frais d'accompagnement, forfait actes lourds, chambre particulière.

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

L'implantologie n'est pas remboursée par l'assurance maladie obligatoire. Le chirurgien-dentiste est tenu de remettre un devis avant de poser un implant. Ce devis doit comporter le prix d'achat de chaque élément de l'implant et le prix des prestations associées à sa pose.

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

**Inlay-onlay** : traitement prothétique en cas de caries importantes.

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

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

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

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

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

**Médicament** : toute substance ou composition présentée comme possédant des propriétés curatives ou préventives à l'égard des maladies humaines ou animales, ainsi que toute substance ou composition pouvant être utilisée chez l'homme ou chez l'animal ou pouvant leur être administrée, en vue d'établir un diagnostic médical ou de restaurer, corriger ou modifier leurs fonctions physiologiques en exerçant une action pharmacologique, immunologique ou métabolique.

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

Il existe quatre taux de remboursement des médicaments :

- 100 % pour les médicaments reconnus comme irremplaçables et coûteux,
- 65 % pour les médicaments dont le service médical rendu est majeur ou important et 90 % par le régime Alsace Moselle,
- 30% pour les médicaments dont le service médical rendu est modéré, les médicaments homéopathiques et certaines préparations magistrales et 80 % par le régime Alsace Moselle ;
- 15 % pour les médicaments à service médical rendu faible par l'assurance maladie obligatoire et le régime Alsace Moselle.

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

Les médicaments relevant d'une prise en charge par l'assurance maladie obligatoire, ont un prix fixé par le Comité économique des produits de santé (CEPS).

Certains médicaments ne peuvent être délivrés que sur prescription médicale. D'autres peuvent être délivrés par votre pharmacien sans prescription (médicaments dits à « prescription médicale facultative »).

L'assurance maladie obligatoire ne rembourse que les médicaments ayant fait l'objet d'une prescription médicale. L'assurance maladie complémentaire peut prendre en charge des médicaments sans prescription médicale.

Les prix des médicaments non remboursables par l'assurance maladie obligatoire sont libres et peuvent varier d'une pharmacie à l'autre.

**Nous** : MAAF Santé, assureur

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

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

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

**P**arcours de soins : c'est le circuit que les patients doivent suivre pour être pris en charge médicalement de façon personnalisée en optimisant l'offre de soins proposée en France. Organisé autour du médecin traitant, il concerne désormais tous les assurés de l'assurance maladie obligatoire et leurs ayants droit de moins de 16 ans.

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

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

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

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

Lorsqu'une personne âgée de plus de 16 ans est en dehors du parcours de soins, le remboursement de l'assurance maladie obligatoire est diminué.

Voir également : contrat responsable et solidaire

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

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

**Participation forfaitaire actes lourds** : une participation forfaitaire à la charge de l'assuré s'applique pour les actes coûteux pratiqués en ville ou en établissement de santé.

Certains actes ne sont pas concernés par la participation forfaitaire actes lourds (radiodiagnostic, IRM, frais de transport d'urgence,...)

Cette participation est généralement prise en charge par les complémentaires santé.

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

- des enfants de moins de 18 ans,
- des femmes enceintes à partir du 6<sup>ème</sup> mois de grossesse,
- des bénéficiaires de la Complémentaire Santé Solidaire (CSS) ou de l'Aide médicale de l'État (AME).

Le nombre de participations forfaitaires est plafonné à 4 par jour pour le même professionnel de santé et le même bénéficiaire, et à un montant de 50 euros par année civile et par personne.

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

Voir également : contrat solidaire et responsable.

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

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

**Prix limite de vente** : le prix limite de vente (PLV) d'un dispositif médical correspond au prix maximum de vente à l'assuré social. A défaut de fixation d'un prix limite de vente, le prix est libre.

La base de remboursement de la majorité des dispositifs médicaux inscrits à la liste des produits et prestations (LPP) et pris en charge par l'assurance maladie obligatoire est assortie d'un prix limite de vente.

S'agissant des médicaments pris en charge par l'assurance maladie obligatoire, seuls ceux qui sont assortis d'un tarif forfaitaire de responsabilité (TFR) n'ont pas de prix limite de vente.

Les aides auditives et les lunettes retenues dans les paniers « 100 % santé » auront, à compter respectivement de 2019 et 2020, des prix limites de vente que les professionnels s'engagent à respecter pour que les assurés puissent bénéficier d'un reste à charge nul sur ces équipements.

**R**égimes obligatoires (RO) : organismes français couvrant tout ou une partie des dépenses liées à la maladie, à la maternité et aux accidents.

Synonymes : Assurance maladie obligatoire (AMO), Sécurité sociale,...

Par simplification, on nommera RO l'ensemble des régimes obligatoires existants.

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

**S**ecteur 1, secteur 2 :

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

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

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

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

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

## **T**aux de remboursement du Régime Obligatoire :

taux appliqué par l'assurance maladie obligatoire sur la base de remboursement pour déterminer le montant de son remboursement.

Celui-ci peut être minoré de la franchise ou de la participation forfaitaire, pour aboutir au montant effectivement versé à l'assuré par l'assurance maladie obligatoire.

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

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

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

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

Voir également : médicaments, hospitalisation, appareillage, honoraires.

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

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

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

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

**Tiers payant** : système de paiement qui évite à l'assuré de faire l'avance des frais auprès des prestataires de soins.

Ces derniers sont payés directement par les assurances maladie obligatoire et/ou complémentaire pour les soins ou produits qu'ils ont délivrés.

Synonyme : dispense d'avance des frais.

**V**ous : le souscripteur du contrat

## GAMME VIVAZEN

### LES GARANTIES

**Les garanties\* des niveaux 1 à 5 du contrat VIVAZEN** ne prennent pas en charge les pénalités appliquées en cas de non respect du parcours de soins ainsi que la participation forfaitaire\* et la franchise annuelle\*, dites franchises\* médicales mentionnées à l'article L322-2 du Code de la Sécurité sociale.

**Les garanties\* des niveaux 1 à 4 du contrat VIVAZEN** sont solidaires et responsables\* conformément à la réglementation en vigueur. Dès lors que le niveau 5 est choisi pour un des modules, le contrat n'est plus responsable.

Les garanties\* sont exprimées en pourcentage de la base de remboursement\* (BR) de la Sécurité sociale ou en euros. Les garanties\* exprimées en pourcentage de la BR nécessitent et incluent la participation du régime obligatoire\*. Celles exprimées en euros correspondent au remboursement de MAAF Santé (qu'il y ait ou non intervention du régime obligatoire\*). Lorsque le régime obligatoire\* intervient, le remboursement de MAAF Santé s'ajoute à celui-ci, à l'exception des équipements optique (verres et monture) pour lesquels le remboursement du régime obligatoire\* est inclus.

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

## GARANTIES

MODULE SOINS COURANTS	NIVEAU 1	NIVEAU 2	NIVEAU 3	NIVEAU 4	NIVEAU 5
<b>SOINS COURANTS</b>					
<b>Honoraires médicaux</b> : consultations généralistes, spécialistes, visites, actes médicaux, radiologie.....	100 % BR	100 % BR	120 % BR (1)	170 % BR (1)	240 % BR (1)
<b>Honoraires paramédicaux*</b> (kiné, infirmier, ...) .....	100 % BR	100 % BR	130 % BR	180 % BR	250 % BR
<b>Accompagnement psychologique remboursé par le RO</b>	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
<b>Analyses et examens de laboratoire</b>	100 % BR	100 % BR	130 % BR	180 % BR	250 % BR
<b>Médicaments*</b> - Prescrits remboursés par le RO médicaments* à service médical rendu important ..... médicaments* à service médical rendu modéré ou faible .....	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
- Prescrits non remboursés par le RO, automédication*, contraception.....	-	100 % BR 50 % de la dépense Max. 20 €/an/assuré	100 % BR 50 % de la dépense Max. 50 €/an/assuré	100 % BR 50 % de la dépense Max. 60 €/an/assuré	100 % BR 50 % de la dépense Max. 80 €/an/assuré
<b>Prévention et médecines douces</b> - Prévention et dépistage non remboursés par le RO .....	-	50 % de la dépense Max. 30 €/an/assuré	50 % de la dépense Max. 50 €/an/assuré	50 % de la dépense Max. 60 €/an/assuré	50 % de la dépense Max. 80 €/an/assuré
- Ostéodensitométrie* non remboursée par le RO (à partir de 55 ans) .....	-	-	20 €/an	40 €/an	60 €/an
- Médecines douces non remboursées par le RO	-	25 €/séance (limité à 2 fois par an)	30 €/séance (limité à 3 fois par an)	35 €/séance (limité à 3 fois par an)	50 €/séance (limité à 4 fois par an)
<b>Matériel médical</b> - Appareillages* et autres prothèses (hors dentaires) dont prothèses mammaires et capillaires .....	100 % BR	100 % BR	150 % BR	200 % BR	250 % BR
- Achat d'un fauteuil roulant.....	-	100 €/an	300 €/an	600 €/an	1 000 €/an
<b>Cures thermales</b> prises en charge par le RO (pour les enfants jusqu'à 18 ans et les adultes à partir de 55 ans)	-	100 % BR	100 % BR + 100 €/an	100 % BR + 150 €/an	100 % BR + 250 €/an
<b>Transports</b> remboursés par le RO.....	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
<b>AIDES AUDITIVES (renouvellement tous les 4 ans)</b>					
<b>Équipements à prise en charge libre*</b> - Aides auditives pour un assuré jusqu'à 20 ans inclus... - Aides auditives pour un assuré à partir de 21 ans .....	100 % BR 100 % BR	100 % BR 250 €/appareil + 150 €/appareil	100 % BR 300 €/appareil + 200 €/appareil	100 % BR 500 €/appareil + 250 €/appareil	100 % BR 700 €/appareil + 300 €/appareil
- Supplément chez un partenaire Santéclair* .....	-	-	-	-	-
<b>Équipements 100 % santé* (3) tous les 4 ans</b>	Frais réels (6)				
<b>Piles et accessoires</b>	100 % BR	100 % BR	150 % BR	200 % BR	250 % BR
<b>MODULE HOSPITALISATION</b>					
<b>Honoraires hospitaliers</b> .....	100 % BR	120 % BR(1)	170 % BR(1)	200 % BR(1)	280 % BR(1)
Bonus fidélité : après 2 ans chez MAAF Santé (2) .....	-	+ 10 % BR			
ou après 4 ans chez MAAF Santé (2).....	+ 20 % BR	+ 20 % BR	+ 20 % BR	+ 20 % BR	+ 20 % BR
<b>Chambre particulière et frais multimédia (50% du forfait en ambulatoire)</b> .....	-	40 €(7)	50 €(7)	60 €(7)	75 €(7)
Bonus fidélité après 2 ans chez MAAF Santé.....	-	+ 40 €/an	+ 50 €/an	+ 60 €/an	+ 75 €/an
<b>Frais d'accompagnant*</b> (jusqu'à 16 ans et à partir de 55 ans)	-	20 €/jour	25 €/jour	30 €/jour	35 €/jour
<b>Forfait journalier hospitalier*</b> .....	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
<b>Frais de séjour*</b> .....	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
<b>Transports</b> remboursés par le RO .....	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
<b>Aide à la conception (FIV)</b> non remboursée par le RO.....	-	-	-	600 €/an	800 €/an
<b>Prime de naissance ou d'adoption</b> .....	-	-	50 €/enfant	80 €/enfant	120 €/enfant
<b>MODULE OPTIQUE DENTAIRE</b>					
<b>OPTIQUE</b>					
<b>Équipements à prise en charge libre* chez un opticien partenaire Santéclair*</b>					
- Forfait lunettes* (2 verres + 1 monture) .....	Renouvellement tous les 2 ans sauf pour les enfants de moins de 16 ans (1 an) et les cas de renouvellement anticipé prévus par la réglementation.				Par an
• Forfait maximum pour la monture, y compris monture pour les niveaux 2, 3 et 4	100 % BR	100 €	100 €	100 €	200 €
• Lunettes* avec verres simples		150 €	250 €	400 €	Forfait monture + Remboursement intégral des verres
• Lunettes* avec verres complexes		300 €	400 €	550 €	
Bonus en vue verres simples ou complexes, si 3 ans sans achat de lunettes* .....	-	50 €	50 €	50 € (5)	
- Forfait basse vision (à partir de 55 ans) .....	-	-	-	40 €/an	60 €/an
<b>Équipements à prise en charge libre* chez un autre opticien ou sur Internet</b>					
- Forfait lunettes* (2 verres + 1 monture).....	Renouvellement tous les 2 ans sauf pour les enfants de moins de 16 ans (1 an) et les cas de renouvellement anticipé prévus par la réglementation.				Par an
• Forfait maximum pour la monture, y compris monture pour les niveaux 2, 3, 4 et 5	100 % BR	100 €	100 €	100 €	200 €
• Lunettes* avec verres simples		100 €	150 €	200 €	250 €
• Lunettes* avec verres complexes		200 €	250 €	300 €	350 €
<b>Équipements 100 % santé* (3) y compris Offrefclair</b>	Frais réels (6) - Renouvellement tous les 2 ans sauf pour les enfants de moins de 16 ans (1 an) et les cas de renouvellement anticipé prévus par la réglementation.				
<b>Autres garanties optiques</b>					
- Lentilles* prises en charge ou non par le RO.....	100 % BR	60 €/an	100 €/an	140 €/an	180 €/an
- Chirurgie réfractive* et implant oculaire.....	-	100 €/œil	200 €/œil	300 €/œil	450 €/œil

<b>DENTAIRE</b>					
<b>SOINS</b>					
- Soins dentaires .....	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
- Inlay-Onlay* .....	100 % BR	100 % BR	100 % BR + 80 €	100 % BR + 150 €	100 % BR + 300 €
- Parodontie* non prise en charge par le RO (8) .....	-	-	50 €/an	100 €/an	150 €/an
<b>PROTHÈSES à prise en charge libre*</b>					
- Couronnes définitives et bridges (y compris couronne sur implant) (8) Bonus fidélité après 2 ans chez MAAF Santé (8) .....	100 % BR -	150 €/prothèse + 50 €/prothèse	200 €/prothèse + 100 €/prothèse	300 €/prothèse + 150 €/prothèse	400 €/prothèse + 200 €/prothèse
- Prothèses amovibles définitives (8) .....	100 % BR	100% BR + 120 €/prothèse	100% BR + 200 €/prothèse	100% BR + 300 €/prothèse	100% BR + 400 €/prothèse
- Autres prothèses dentaires remboursées ou non par le RO (8) .....	100 % BR	100 % BR	100 % BR + 25 €/prothèse	100 % BR + 50 €/prothèse	100 % BR + 100 €/prothèse
- Implants* (racine et pilier) (8) .....	-	-	300 €/an	400 €/an	600 €/an
<b>SOINS ET PROTHÈSES 100 % SANTÉ* (3) (8)</b>	Frais réels (6) (selon le type de prothèse, la localisation de la dent et le matériau utilisé)				
<b>ORTHODONTIE</b>					
- Orthodontie* prise en charge par le RO par semestre de traitement et/ou année de contention (8) .....	100 % BR	200 €	250 €	400 €	600 €
- Autres actes d'orthodontie* prise en charge par le RO ...	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
- Orthodontie* non prise en charge par le RO (8) .....	-	-	200 €/an	300 €/an	500 €/an

RO\* : Régime Obligatoire BR\* : base de remboursement du Régime Obligatoire

(1) Voir détails p.7 et p.9

(2) Voir détails p.9

(3) Tels que définis règlementairement.

(4) Le plafond dentaire annuel concerne les prothèses, l'orthodontie et la parodontie non prise en charge par le RO.

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

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

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

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

## Module Soins courants

### ■ LES GARANTIES

#### Soins courants

Elles prennent en charge, selon la formule\* choisie :

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

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

- les honoraires paramédicaux\* (kinésithérapeutes, infirmiers...),
- l'accompagnement psychologique remboursé par le régime obligatoire\* : les séances d'accompagnement psychologique remboursées par le régime obligatoire\* sont prises en charge dans les limites prévues à l'article R.162-65 du Code de la Sécurité sociale. Elles doivent être réalisées par un psychologue conventionné avec l'Assurance maladie, sur orientation d'un médecin.

- les analyses et examens de laboratoire,

- les médicaments :

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

- les médicaments prescrits non remboursés par le régime obligatoire\*, la contraception (féminine et masculine) ainsi que toute automédication\* figurant sur le site internet d'aide à l'automédication (sirop antitussif, douleurs, fièvres, antihistaminiques, veinotoniques...).

Le site internet d'aide à l'automédication est opéré et géré par Santéclair (RCS Nantes n° 428 704 977) ; il peut évoluer à tout moment. Vous\* pouvez le consulter à partir de votre

Espace client MAAF sur [maaf.fr](http://maaf.fr) (la liste des médicaments est également disponible auprès de votre conseiller MAAF). Ces dépenses sont prises en charge à hauteur de 50 % de la dépense engagée selon le niveau souscrit dans la limite du plafond annuel par assuré.

- la prévention et les médecines douces

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

- sevrage tabagique : les substituts nicotiques tels que prévus dans la « liste des substituts nicotiques pris en charge par l'assurance maladie » non remboursés par le RO car non prescrits par un médecin,
- consultations diététiques effectuées par une diététicienne diplômée,
- vaccins non pris en charge y compris le traitement anti-paludéen,
- certificat médical sportif,
- formation aux gestes de 1<sup>er</sup> secours,
- crème solaire prescrite,
- dépistage des infections urinaires,
- tests de grossesse et d'ovulation,
- traitement de l'hypertension (autotensiomètre – pose et dépose du holter tensionnel sur prescription),
- prévention des allergies des enfants (housses et oreillers antiacariens achetés en pharmacie ou dans les magasins spécialisés),
- dépistage des allergies alimentaires du nourrisson (allergie aux protéines du lait de vache) et substitut au lait maternel,
- sport sur ordonnance (ou activité physique adaptée) sur prescription médicale dans le cadre du parcours de soins coordonnés et dispensé par un professionnel autorisé pour certains patients, dans le cadre des articles L.1172-1 et D.1172-1 à 5 du Code de la Santé Publique.

- l'ostéodensitométrie\* non prise en charge par le régime obligatoire\* pour les assurés\* de 55 ans et plus,
- les médecines douces : les ostéopathes, chiropracteurs, pédicures, ergothérapeutes, psychomotriciens, psychologues, étioopathes et acupuncteurs. La limite de remboursement annuelle s'applique à l'ensemble des spécialités,
- le matériel médical : les appareillages\* et autres prothèses (hors prothèses dentaires) : prothèses mammaires et capillaires, attelles, bas de contention, lit médicalisé, semelles orthopédiques, chaussures orthopédiques, location, réparation et accessoires d'un fauteuil roulant... l'achat d'un fauteuil roulant pour lequel le régime obligatoire\* intervient à 100 % de la base de remboursement\*. MAAF Santé verse un forfait en supplément selon la formule\* souscrite,
- le transport pris en charge par le régime obligatoire\*, hors hospitalisation\*,
- les cures thermales prises en charge par le régime obligatoire\*, pendant leur période de prise en charge par celui-ci, pour les assurés\* jusqu'à 18 ans et à partir de 55 ans (forfait thermal, surveillance médicale, transport et hébergement).

### Aides auditives

Les garanties s'appliquent, par oreille, aux frais d'aides auditives prises en charge par le régime obligatoire\* selon les garanties choisies dans la limite du plafond de 1700 € (remboursement du régime obligatoire\* inclus) du contrat responsable, sauf pour le niveau 5.

Le renouvellement est possible par période de quatre ans à compter de la date d'acquisition du dernier équipement.

Elles prennent en charge :

- les équipements à prise en charge libre\* :
  - les aides auditives jusqu'à 20 ans inclus
  - les aides auditives à partir de 21 ans
  - un supplément audioprothèses chez un audioprothésiste partenaire Santéclair\* : un forfait supplémentaire par appareil est versé lorsque l'achat de la prothèse auditive est réalisé chez un audioprothésiste partenaire Santéclair\*,
- les équipements 100 % santé\* : prise en charge intégrale plafonnée aux prix limites de vente des équipements définitivement réglementairement,
- les piles et accessoires.

### Module Hospitalisation

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

Elles prennent en charge, selon la formule\* choisie :

- Elles prennent en charge, selon la formule\* choisie :
  - les honoraires hospitaliers\* réalisés en milieu hospitalier, y compris la participation forfaitaires pour les actes lourds (article R. 322-8 du Code de la Sécurité sociale).

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

- les frais de chambre particulière et frais multimédia (télévision et accès internet) : un forfait par nuit d'hospitalisation\* est versé en cas d'hospitalisation supérieure à une journée, 50 % du forfait est versé en cas d'hospitalisation ambulatoire\*, soit : 20 € en niveau 2, 25 € en niveau 3, 30 € en niveau 4 et 37,50 € en niveau 5. Pour les séjours en psychiatrie, le forfait est versé dans la limite de 30 jours par an par bénéficiaire,
- les frais d'accompagnant\* (lit et repas) : pour la personne qui accompagne l'assuré(e)\* hospitalisé(e). Pour que la personne qui accompagne bénéficie de cette garantie\*, l'assuré(e)\* hospitalisé(e) doit avoir entre 0 et 16 ans ou 55

- ans et plus au cours de son séjour en milieu hospitalier,
- le forfait journalier hospitalier\* (sauf pour les assurés\* relevant du Régime Alsace Moselle\* qui n'ont pas à régler ce forfait),
- les frais de séjour,
- les transports pris en charge par le Régime Obligatoire\* en cas d'hospitalisation\*.

Elles prennent aussi en charge :

- les frais engagés par une assurée\* jusqu'à son 43<sup>ème</sup> anniversaire pour une tentative de fécondation in vitro (FIV) non prise en charge par le Régime Obligatoire\*,
- un forfait en cas de naissance ou d'adoption versé lors de l'ajout de l'enfant né ou adopté depuis moins de 3 mois. Il n'est versé qu'un seul forfait par foyer et par enfant, sur la base de la formule\* de garantie\* souscrite pour cet enfant.

Nous ne garantissons pas :

- les frais de chambre particulière\* et les frais d'accompagnant\* résultant de séjour en alcoologie et toxicologie,
- les frais d'accompagnant\* résultant des séjours dans un établissement psychiatrique ou neuropsychiatrique (en secteur public ou privé) et de séjours en alcoologie et toxicologie,
- les frais résultant de séjours en établissements médico-sociaux, tels que maisons d'accueil spécialisées, instituts médico-pédagogiques, établissements pour personnes âgées ou dépendantes, unités de longs séjours,
- les frais résultant de séjours en maison d'enfants à caractère sanitaire (hormis le forfait journalier\* et le ticket modérateur\* facturés le cas échéant et non pris en charge par le Régime Obligatoire\* ),

### (2) Le bonus fidélité

Pour les garanties\* « Soins et honoraires hospitaliers » et « Chambre particulière\* et frais multimédia », chaque assuré\* présent chez MAAF Santé depuis au moins 2 années civiles pleines et consécutives bénéficie, au 1<sup>er</sup> janvier qui suit :

- d'un pourcentage de prise en charge supplémentaire pour la garantie\* « Soins et honoraires hospitaliers » (hors niveau 4 pour les soins et honoraires\* des médecins n'ayant pas adhéré à l'un des Dispositifs de Pratique Tarifaire Maîtrisée\* et hors niveau 1 dans tous les cas) ;
- d'un forfait annuel supplémentaire pour la garantie\* « Chambre particulière et frais multimédia » et « chambre particulière en ambulatoire » hors niveau 1.

Le pourcentage et le forfait restent acquis les années suivantes.

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

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

### Module Optique Dentaire

#### OPTIQUE

##### ■ LES GARANTIES\*

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

Pour les enfants âgés de moins de 16 ans, l'équipement peut être renouvelé par période d'un an à compter de la date d'acquisition du dernier équipement. Des cas de renouvellement

anticipé sont prévus à l'article L. 165-1 du Code de la Sécurité sociale.

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

La garantie prend en charge les équipements faisant l'objet d'un remboursement par le régime obligatoire\* :

### Les équipements à prise en charge libre :

selon la formule\* choisie :

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

Les verres simples sont réglementairement définis de la façon suivante :

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

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

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

- Lorsque l'achat a lieu chez un opticien partenaire Santéclair\*, vous pouvez bénéficier de forfaits majorés sur les niveaux 2-3-4 et d'un remboursement intégral des verres tous traitements sur le niveau 5.
- Un forfait basse vision pour l'achat d'équipement d'aide visuelle (loupe, monoculaire et binoculaire) chez un opticien partenaire Santéclair\* pour les assurés de 55 ans et plus.

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

### Les équipements 100 % santé :

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

- les lunettes\* (2 verres + 1 monture) définies réglementairement. La garantie inclut également les équipements Offreclair, sélection d'équipements proposés par les opticiens partenaires Santéclair. Pour plus de précisions sur ces équipements, vous pouvez solliciter votre opticien partenaire Santéclair.
- la prestation d'appariage et le supplément pour les verres avec filtre.

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

### Les autres garanties :

- les lentilles\* de contact correctrices prises en charge ou non par le régime obligatoire\*,
- la chirurgie réfractive\* et les implants oculaires : ils sont remboursés par un seul et même forfait. La chirurgie réfractive\* prend en charge les opérations de correction de la myopie, de l'hypermétropie et de l'astigmatie, hors ca-

taracte et presbytie (sont compris les lasers, les actes de chirurgie en découlant et les honoraires\* des médecins). Seuls les implants oculaires multifocaux sont concernés par la garantie\* (les implants unifocaux liés à la cataracte sont pris en charge au travers du module « Hospitalisation »).

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

### Le « Bonus en vue »

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

### DENTAIRE

#### ■ LES GARANTIES\*

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

- les soins :
  - les soins dentaires
  - les inlays-onlays
  - la parodontie\*non prise en charge par le régime obligatoire\*
- les prothèses à prise en charge libre :
  - les couronnes définitives et bridges pris en charge par le régime obligatoire\*. Le forfait s'applique également pour le remboursement des couronnes sur implant\* prises en charge par le régime obligatoire\*,
  - les prothèses amovibles définitives prises en charge par le régime obligatoire\*,
  - les autres prothèses prises en charge ou non par le régime obligatoire\* (inlays-cores\*, prothèses provisoires...),
  - les implants\* : le remboursement est limité à l'implant\* dentaire (racine et pilier implantaire). Les actes pré-implantatoires (scanners...) ne sont pas pris en charge. La couronne sur implant\* est remboursée au titre de la garantie\* couronnes et bridges si elle est prise en charge par le régime obligatoire\*. Dans le cas contraire, elle sera remboursée par la garantie\* « Autres prothèses dentaires remboursées ou non par le régime obligatoire\* »,
- les soins et prothèses 100 % santé :
  - prise en charge intégrale plafonnée aux honoraires limites de facturation des soins et prothèses définis réglementairement selon le type de prothèse, la localisation de la dent et le matériau utilisé.
- l'orthodontie :
  - l'orthodontie\* prise en charge par le régime obligatoire\*. Le traitement orthodontique est composé de différentes phases (bilan orthodontique, semestres de traitement, période de contention...). Le forfait indiqué dans vos garanties\* est versé pour chaque semestre de traitement. Si, à l'issue de cette phase, l'enfant a besoin d'une période de contention afin de consolider le résultat obtenu, le forfait s'appliquera également pour chaque année de contention. Les autres actes, tels que le bilan orthodontique ou les séances de surveillance par exemple, sont garantis à hauteur de 100 % de la base de remboursement\*, quel que soit le niveau de garantie\*,
  - l'orthodontie\* non prise en charge par le régime obligatoire\* : versement d'un forfait annuel,

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

L'ensemble des remboursements MAAF Santé (hors ticket modérateur) des prestations suivantes :

- parodontie non prise en charge par le régime obligatoire\*,
- prothèses à prise en charge libre,

- orthodontie,
  - soins et prothèses 100 % santé,
- s'intègre dans un plafond annuel par assuré dont le montant varie selon le niveau de garantie choisi.

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

#### Le « Bonus fidélité »

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

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

En plus de ces garanties\*, l'assuré\* bénéficie de différents services qui sont accessibles via l'Espace client MAAF sur [maaf.fr](http://maaf.fr).

#### ■ (8) PRÉCISIONS IMPORTANTES SUR LE PLAFOND DENTAIRE

Pour les garanties suivantes :

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

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

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

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

#### ■ L'ASSISTANCE SANTÉ

**Pour bien comprendre la garantie assistance :**

##### ■ Accident corporel

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

##### ■ Aidant

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

##### ■ Assuré

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

##### ■ Bénéficiaire

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

##### ■ Conjoint(e)

Epoux(se), pacsé(e), concubin(e).

##### ■ Proches

Les ascendants et descendants au 1<sup>er</sup> degré, le conjoint\*, les frères, les soeurs, le beau-père, la belle-mère, le gendre, la belle-fille, le beau-frère et la belle-soeur de l'assuré ou à défaut toute autre personne désignée par l'assuré\*.

#### ■ Hospitalisation

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

#### ■ Hospitalisation imprévue

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

#### ■ Immobilisation au domicile

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

#### ■ Maladie

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

#### ■ Maladie chronique

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

#### ■ Maladies graves

Sclérose en plaque (pour toute hospitalisation\* supérieure à 7 jours), accidents vasculaires cérébraux (pour toute hospitalisation\* supérieure à 15 jours), infarctus du myocarde (pour toute hospitalisation\* supérieure à 11 jours), greffes d'organes (coeur, poumons, foie, reins).

#### La mise en jeu de la garantie assistance :

- L'évènement déclencheur doit concerner l'un des assurés\* du contrat. La prestation pourra, quant à elle, être délivrée au bénéfice de personnes non dénommées au contrat et appelées « bénéficiaires ».
- Lorsque l'assuré\* réside en France Métropolitaine, tous les déplacements s'entendent en France Métropolitaine. Pour les trajets dont la durée en train est inférieure à 5 heures, il sera remis un billet de train 1<sup>ère</sup> classe. Dans le cas contraire, il sera remis un billet d'avion classe économique. Lorsque l'assuré\* réside dans un département ou région d'outre-mer, tous les déplacements s'entendent dans le même département. MAAF Assistance proposera le moyen de transport le mieux adapté.
- Les prestations sont propres à la présente garantie et n'impliquent pas la prise en charge du sinistre au titre des autres garanties du contrat.
- Les dépenses engagées sans l'accord préalable de MAAF Assistance resteront à la charge de l'assuré\*.
- Lors de la mise en jeu des prestations, MAAF Assistance peut éventuellement être amenée à demander certains justificatifs.
- L'évènement déclenchant la garantie étant amené à évoluer, soit en amélioration, soit en dégradation, MAAF Assistance pourra réévaluer les garanties accordées des limites autorisées.
- En cas de déclaration mensongère du bénéficiaire\* ou de non remboursement d'une avance de frais, MAAF Assistance réclamera s'il y a lieu au bénéficiaire\* le remboursement de tout ou partie des frais qui pourraient être considérés comme la conséquence directe du comportement.
- MAAF Assistance ne sera pas tenue responsable des manquement ou contretemps à l'exécution de ses obligations qui résulteraient de cas de force majeure ou d'évènements tels que guerres civile ou étrangère, révolution, mouvement populaire, émeute, grève, saisie ou contrainte par la force publique, interdiction officielle, piraterie, explosion d'engins, effets nucléaires ou radioactifs, empêchements climatiques.

## LES PRESTATIONS D'ACCOMPAGNEMENT

### PRESTATIONS À DOMICILE

#### ■ Aide à domicile

Nature de la garantie	Événements déclencheurs
<p>Cette garantie prévoit la mise à disposition d'une aide ménagère. La durée d'application de cette garantie est déterminée en fonction de l'état de santé et/ou de la situation de famille de l'assuré*, par le service médical de MAAF Assistance. La prise en charge ne pourra dépasser 20 heures réparties sur un mois à concurrence de 2 heures minimum par jour.</p> <p>Elle peut avoir lieu :</p> <ul style="list-style-type: none"><li>soit pendant l'hospitalisation* ou l'immobilisation* de l'assuré* pour aider les autres bénéficiaires. L'aide ménagère pourra ainsi assurer, les jours ouvrés, tout ou partie de l'entretien courant du foyer, faire les achats quotidiens ou encore préparer les repas ;</li><li>soit au retour de l'assuré* au domicile.</li></ul>	<p>Cette prestation intervient lorsque l'assuré* adulte est concerné par :</p> <ul style="list-style-type: none"><li>une hospitalisation* d'une nuit au moins consécutive à une maladie* ou à un accident corporel*</li><li>un séjour en maternité d'au moins 6 jours</li><li>une immobilisation* soudaine et imprévue au domicile d'au moins 6 jours</li></ul> <p>En cas de décès de l'assuré*, cette prestation est également mise en œuvre pour les bénéficiaires*.</p>

#### ■ Aide à domicile en cas de coups durs

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

#### ■ Venue d'un proche

Nature de la garantie	Événements déclencheurs
<p>MAAF Assistance prend en charge un titre de transport aller/retour pour le déplacement d'un proche désigné par le souscripteur assuré ou son conjoint assuré et l'hébergement jusqu'à 2 nuits à concurrence de 100 € (petit déjeuner inclus). Les frais de nourriture et annexes ne sont pas pris en charge.</p>	<p>Cette prestation s'applique en cas :</p> <ul style="list-style-type: none"><li>d'hospitalisation soudaine et imprévue d'au moins 3 jours d'un assuré</li><li>d'immobilisation soudaine et imprévue au domicile d'au moins 6 jours pour un adulte assuré et d'au moins 3 jours pour les enfants assurés de moins de 16 ans.</li></ul>

#### ■ Livraison de médicaments

Nature de la garantie	Événements déclencheurs
<p>Sur appel de l'assuré, MAAF Assistance organise et prend en charge l'acheminement, au domicile de l'assuré, des médicaments prescrits et indispensables au traitement immédiat de celui-ci, y compris la nuit, les samedis, les dimanches et jours fériés, si l'assuré est dans l'incapacité physique de se déplacer, conséquence directe de l'affection en cause, le tout médicalement constaté et attesté.</p> <p>Cette garantie s'applique si l'assuré ne peut faire intervenir aucun membre de son entourage.</p> <p>MAAF Assistance n'est pas tenue à l'exécution de ces obligations si dans un rayon maximum de 50 km autour du domicile de l'assuré, le ou les médicaments concernés ne seraient pas disponibles.</p> <p>Le coût du (ou des) médicament(s) sont pris en charge financièrement par l'assuré.</p>	<p>Cette prestation est mise en œuvre lorsqu'un assuré est concerné par :</p> <ul style="list-style-type: none"><li>une hospitalisation soudaine et imprévue dès le 1<sup>er</sup> jour</li><li>un séjour en maternité d'au moins 6 jours</li><li>une immobilisation soudaine et imprévue au domicile d'au moins 6 jours</li><li>une immobilisation soudaine et imprévue au domicile d'au moins 3 jours des enfants assurés de moins de 16 ans</li><li>une maladie grave</li><li>un traitement médical lourd.</li></ul>

## ■ Services (portage d'espèces, de repas, de courses)

### Portage d'espèces

Nature de la garantie	Événements déclencheurs
Lorsque l'assuré ne dispose plus d'espèces et que ni l'assuré ni son entourage ne sont en mesure d'aller en chercher, MAAF Assistance prend en charge : <ul style="list-style-type: none"><li>le déplacement aller/retour de l'assuré vers l'établissement bancaire le plus proche du domicile (1 fois par mois)</li></ul> ou <ul style="list-style-type: none"><li>le portage des espèces par un prestataire agréé, contre reconnaissance de dette (avance de 200 € maximum remboursables dans un délai de 2 mois).</li></ul>	Cette prestation intervient lorsque l'assuré adulte est immobilisé à son domicile suite à une maladie grave ou en cas de traitements médicaux lourds.

### Livraison de repas

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

### Livraison de courses

Nature de la garantie	Événements déclencheurs
Lorsque ni l'assuré ni son entourage ne sont en mesure de faire les courses, MAAF Assistance prend en charge : <ul style="list-style-type: none"><li>le déplacement aller/retour d'une personne pour faire les courses selon une liste établie par l'assuré au centre commercial le plus proche du domicile (12 déplacements répartis sur 12 mois)</li></ul> ou <ul style="list-style-type: none"><li>les frais de livraison d'une commande à domicile (30 livraisons maximum sur 12 mois).</li></ul>	Cette prestation intervient lorsque l'assuré adulte est immobilisé à son domicile suite à une maladie grave ou en cas de traitements médicaux lourds.

## ■ Relais maternité

Nature de la garantie	Événements déclencheurs
MAAF Assistance organise et prend en charge la visite d'une aide familiale au domicile de la jeune maman à concurrence de 6 heures au cours des 5 jours 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).	Cette prestation s'applique en cas de naissances multiples ou d'hospitalisation de l'assurée d'au moins 6 jours en maternité.

## ASSISTANCE ENFANTS

### ■ Prise en charge des enfants de moins de 16 ans

Nature de la garantie	Événements déclencheurs
<p>■ MAAF Assistance prend en charge un titre de transport aller/retour pour le déplacement d'un proche désigné par le souscripteur assuré ou son conjoint assuré pour les garder à domicile</p> <p>ou</p> <p>■ MAAF Assistance prend en charge un titre de transport aller/retour pour le déplacement des enfants ainsi que d'un adulte les accompagnant auprès de proches susceptibles de les accueillir</p> <p>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.</p> <p>Si aucunes des solutions ci-dessus ne peut convenir, MAAF Assistance prend en charge :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ la garde à domicile ou le transfert des enfants et leur garde chez une assistante maternelle dans la limite de 30 heures réparties sur un mois à compter de l'événement,</li> <li>■ la conduite des enfants valides à l'école ou à leurs activités extrascolaires et leur retour au domicile par une personne habilitée par nos soins, 1 trajet aller et 1 trajet retour par jour, dans la limite de 10 trajets, répartis sur un mois, dans la limite de 50 km par trajet (lorsque aucun proche ne peut se rendre disponible).</li> </ul>	<p>Cette prestation est mise en œuvre lorsqu'un adulte assuré est concerné par :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ une hospitalisation soudaine et imprévue dès le 1<sup>er</sup> jour</li> <li>■ un séjour en maternité d'au moins 6 jours</li> <li>■ une immobilisation soudaine et imprévue au domicile d'au moins 6 jours</li> <li>■ un traitement médical lourd</li> <li>■ un traitement par chimiothérapie et radiothérapie</li> </ul> <p>Cette prestation est également mise en œuvre en cas de décès d'un adulte assuré.</p>

### ■ Garde des enfants malades ou accidentés

Nature de la garantie	Événements déclencheurs
<p>Cette prestation ne s'applique qu'au-delà des journées dues par l'employeur.</p> <p>MAAF Assistance prend en charge :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ un titre de transport pour le déplacement aller/retour d'un proche désigné par le souscripteur assuré ou son conjoint assuré pour garder les enfants malades ou accidentés à domicile</li> </ul> <p>ou</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ MAAF Assistance prend en charge un titre de transport aller/retour pour le déplacement des enfants ainsi que d'un adulte les accompagnant auprès de proches susceptibles de les accueillir. En cas de nécessité, ou d'indisponibilité d'un accompagnateur, MAAF Assistance organise et prend en charge l'accompagnement des enfants par l'un de ses prestataires.</li> </ul> <p>Si les solutions ci-dessus ne peuvent convenir, MAAF Assistance prend en charge la garde des enfants à domicile jusqu'à 30 heures réparties sur 1 mois par un intervenant qualifié.</p>	<p>Cette prestation intervient en cas d'immobilisation soudaine et imprévue au domicile d'au moins 3 jours des enfants assurés de moins de 16 ans.</p>

### ■ Garde des autres enfants vivant au domicile

Nature de la garantie	Événements déclencheurs
<p>Si l'état de santé de l'enfant nécessite la présence d'une personne à son chevet et si ni le souscripteur assuré, ni son conjoint assuré ne peuvent s'occuper des autres enfants de moins de 16 ans, MAAF Assistance organise et prend en charge :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ un déplacement aller/retour d'un proche désigné par l'assuré ou son conjoint pour les garder à domicile</li> </ul> <p>ou</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ un déplacement aller/retour des enfants ainsi que d'un adulte les accompagnant auprès de proches susceptibles de les accueillir. En cas de nécessité, ou d'indisponibilité d'un accompagnateur, MAAF Assistance organise et prend en charge l'accompagnement des enfants par l'un de ses prestataires.</li> </ul> <p>Si aucunes de ces solutions ci-dessus ne peut convenir à l'assuré, MAAF Assistance organise et prend en charge la garde des enfants au domicile par un intervenant autorisé à garder des enfants selon les disponibilités locales, dans la limite de 20 heures réparties sur 3 jours ouvrés consécutifs à compter de la date de l'événement.</p>	<p>Cette prestation est mise en œuvre si un enfant de l'assuré est hospitalisé de manière soudaine et imprévue par suite de maladie ou d'accident corporel et ce, dès le 1<sup>er</sup> jour.</p>

## RELAIS PARENTS DÉPENDANTS

Nature de la garantie	Événements déclencheurs
<p>MAAF Assistance prend en charge les ascendants dépendants du souscripteur assuré ou de son conjoint assuré (vivant ou pas à leur domicile), lorsque leur état ne leur permet pas d'accomplir seuls les tâches de la vie quotidienne.</p> <p>Cette prestation est mise en œuvre selon les modalités suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ MAAF Assistance prend en charge un titre de transport aller/retour pour le déplacement d'un proche désigné par le souscripteur assuré ou son conjoint assuré pour s'occuper de l'ascendant dépendant au domicile,</li> <li>ou</li> <li>■ MAAF Assistance prend en charge un titre de transport aller/retour pour le déplacement des ascendants dépendants auprès de proches susceptibles de les accueillir,</li> <li>ou</li> <li>■ MAAF Assistance prend en charge la garde au domicile des ascendants dépendants, dans la limite de 30 heures, réparties sur 1 mois à compter de l'événement.</li> </ul>	<p>Cette prestation s'applique lorsque :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Le souscripteur assuré ou le conjoint assuré est aidant d'un ascendant dépendant (le père ou la mère du souscripteur ou de son conjoint)</li> </ul> <p>et, à la suite :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ d'une hospitalisation soudaine et imprévue du souscripteur assuré ou de son conjoint assuré, dès le 1<sup>er</sup> jour</li> <li>■ d'une immobilisation soudaine et imprévue au domicile d'au moins 6 jours du souscripteur assuré ou de son conjoint assuré</li> <li>■ d'un traitement médical lourd subi par le souscripteur assuré ou son conjoint assuré</li> <li>■ d'un traitement par chimiothérapie et radiothérapie</li> </ul> <p>Cette prestation est également mise en œuvre en cas de décès du souscripteur assuré ou de son conjoint assuré.</p>

## GARDE DES ANIMAUX DE COMPAGNIE

Nature de la garantie	Événements déclencheurs
<p>MAAF Assistance organise le transport et l'hébergement des animaux de compagnie et prend en charge le coût pour une période de 30 jours maximum.</p> <p>Sont considérés comme animaux de compagnie les chiens, chats (à jour de leur vaccination), volatiles et poissons rouges, tortues d'aquarium, lapins domestiques, cochons d'Inde, hamsters et petites souris.</p>	<p>Cette prestation intervient lorsque le souscripteur assuré ou son conjoint assuré est concerné par :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Une hospitalisation soudaine et imprévue dès le 1<sup>er</sup> jour</li> <li>■ Une immobilisation soudaine et imprévue au domicile d'au moins 6 jours</li> </ul> <p>Cette prestation est également mise en œuvre en cas de décès du souscripteur assuré ou de son conjoint assuré.</p>

## SOUTIEN PSYCHOLOGIQUE

### ■ Assistance psychologique

Nature de la garantie	Événements déclencheurs
<ul style="list-style-type: none"> <li>■ <b>Accueil et consultation psychologique</b> MAAF Assistance met à disposition de l'assuré un service d'écoute et d'aide psychologique par téléphonie 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 téléphonie.</li> <li>■ <b>Suivi psychologique</b> À la suite de cette première consultation et selon le diagnostic établi, l'assuré peut bénéficier de 3 nouvelles consultations maximum effectuées soit par téléphone auprès du même psychologue, soit au cabinet d'un psychologue clinicien agréé, 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. Dans tous les cas, les frais de transport pour se rendre chez le psychologue restent à la charge de l'assuré. <b>La prestation « suivi psychologique » est limitée à 2 événements traumatisants par assuré et par année d'assurance.</b> En aucun cas, il ne s'agit d'une psychothérapie par téléphone. <b>La garantie n'intervient pas :</b> - 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.</li> </ul>	<p>Dans un délai de 12 mois à compter de la date de survenance de l'événement :</p> <p>MAAF Assistance intervient lorsque l'assuré est victime d'un traumatisme psychologique qui peut avoir été occasionné par :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ une maladie grave,</li> <li>■ un traitement médical lourd,</li> <li>■ un accident corporel ou une maladie grave donnant lieu à l'achat d'un fauteuil roulant</li> <li>■ un événement traumatisant tel qu'un viol, une agression physique, ou pour avoir assisté, en tant que témoin oculaire, à un acte de violence comme un attentat, un acte terroriste,</li> <li>■ un décès.</li> </ul>

## ■ Assistance psychologique maternité

Nature de la garantie	Événements déclencheurs
<p><b>■ Accueil et consultation psychologique</b>            MAAF Assistance met à la disposition de l'adulte assuré un service d'écoute et d'aide psychologique par téléphone d'une durée moyenne de 45 minutes et prend en charge le coût de cette consultation.</p> <p><b>■ Suivi psychologique</b>            À la suite de cette première consultation, et selon le diagnostic établi, l'assuré peut bénéficier de 3 nouvelles consultations maximum effectuées soit par téléphone auprès du même psychologue, soit au cabinet d'un des psychologues cliniciens agréés par MAAF Assistance, proche du domicile de l'assuré ou, sur demande, auprès d'un psychologue de son choix.            MAAF Assistance prend en charge le coût des consultations.            Dans le cas d'un suivi chez un psychologue du choix de l'assuré, MAAF Assistance rembourse, sur justificatif, 3 consultations maximum dans la limite de 52 € par consultation.            Les frais de transport pour se rendre chez le psychologue restent à la charge de l'assuré.</p> <p><b>Les prestations « consultation psychologique » sont limitées à 2 événements traumatisants par assuré et par année d'assurance ;</b> les prestations sont valables dans les 12 mois qui suivent l'accouchement de l'assurée.</p> <p><b>La garantie n'intervient pas :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- pour un suivi psychologique alors que l'assuré est déjà en traitement auprès d'un psychiatre ou d'un psychologue ;</li> <li>- dans le cas d'une décompensation psychique grave nécessitant une hospitalisation en milieu spécialisé.</li> </ul>	<p>MAAF Assistance intervient lorsque l'un des 2 parents assurés au contrat est victime d'un traumatisme psychologique suite à une fausse-couche, un « baby blues », la naissance d'un prématuré, l'hospitalisation du nouveau-né, le décès de l'enfant.</p>

## RELAIS ADMINISTRATIF POUR LES TRAVAILLEURS NON SALARIÉS ET LEUR CONJOINT COLLABORATEUR

### ■ Remplacement pour la gestion administrative

Nature de la garantie	Événements déclencheurs
<p>Une aide pour assurer la continuité de la gestion administrative de l'entreprise peut être accordée à compter du 16<sup>ème</sup> 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, MAAF Assistance lui communique par téléphone les coordonnées de l'agence d'intérim.            Si l'assuré ne souhaite pas utiliser les services d'une agence d'intérim, MAAF Assistance peut prendre en charge le transport aller / retour d'un proche parent pour venir en aide à l'assuré dans la gestion administrative.</p>	<p>Cette prestation s'applique en cas d'accident corporel ou de maladie de l'assuré travailleur non salarié ou du conjoint collaborateur assuré ayant entraîné une interruption de leur activité de plus de 15 jours.</p>

### ■ Communication vers les clients et/ou les fournisseurs

Nature de la garantie	Événements déclencheurs
<p>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.</p>	<p>Cette prestation s'applique en cas d'accident corporel ou de maladie de l'assuré travailleur non salarié ou du conjoint collaborateur assuré ayant entraîné une interruption de l'activité de plus de 15 jours.</p>

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

## LES PRESTATIONS D'ORIENTATION ET D'INFORMATION

### ■ Aide aux démarches

Nature de la garantie	Événements déclencheurs
<p>Sur simple appel, MAAF Assistance oriente les assurés vers les services appropriés (organismes sociaux, démarches auprès de l'employeur, caisses d'allocations familiales, aide sociale, aide aux handicapés...) et transmet les messages urgents à la famille.</p>	<p>Cette prestation est mise en œuvre lorsqu'un assuré est concerné par :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Une hospitalisation soudaine et imprévue dès le 1<sup>er</sup> jour</li> <li>■ Un séjour en maternité d'au moins 6 jours</li> <li>■ Une immobilisation soudaine et imprévue au domicile d'au moins 6 jours</li> <li>■ Une immobilisation soudaine et imprévue au domicile d'au moins 3 jours des enfants de moins de 16 ans</li> <li>■ Une maladie grave</li> <li>■ Un traitement médical lourd</li> <li>■ Un événement traumatisant</li> <li>■ Un accident corporel ou une maladie grave donnant lieu à l'achat d'un fauteuil roulant.</li> </ul> <p>Cette prestation est également mise en œuvre en cas de décès de l'adulte assuré.</p>

### ■ Allo infos bébé

Nature de la garantie	Événements déclencheurs
<p>Sur simple appel téléphonique, du lundi au vendredi, de 9h à 19h, hors jours fériés et week-end, l'équipe médicale et sociale de MAAF Assistance communique à l'assuré, par téléphone, les renseignements qui lui sont nécessaires dans les domaines suivants :</p> <p><b>La grossesse :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ les consultations obligatoires et examens à réaliser,</li> <li>■ les échographies de suivi de la grossesse,</li> <li>■ les différents tests préconisés ou obligatoires,</li> <li>■ les risques liés au tabac et à l'alcool,</li> <li>■ les précautions nutritionnelles, les activités physiques,</li> <li>■ les maladies pendant la grossesse et les médicaments contre-indiqués.</li> </ul> <p><b>L'accouchement :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ le déroulement et la surveillance du travail,</li> <li>■ la péridurale, la césarienne.</li> </ul> <p><b>Après l'accouchement :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ la rééducation,</li> <li>■ les activités physiques à pratiquer,</li> <li>■ le baby blues.</li> </ul> <p><b>L'arrivée de bébé :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Les soins à apporter au bébé,</li> <li>■ Les vaccinations et les maladies infantiles,</li> <li>■ L'allaitement, l'alimentation et le sommeil,</li> <li>■ L'évolution et le développement de bébé.</li> </ul> <p><b>Modes de garde :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Information sur l'inscription en crèche, les établissements et services d'accueil des jeunes enfants, garde à domicile (employés au domicile), assistantes maternelles, aides financières et avantages fiscaux des modes de garde, protection maternelle et infantile.</li> </ul> <p><b>Informations juridiques et administratives :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Informations juridiques : la filiation légitime, naturelle, adoptive, autorité parentale, obligations alimentaires, assistance éducative, tutelle,</li> <li>■ Informations fiscales et démarches administratives : déclaration de naissance, remboursement de Sécurité Sociale des séances de préparation à l'accouchement, congés de naissance ou d'adoption, congé paternité, prestations familiales.</li> </ul> <p>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.</p>	<p>Cette prestation s'applique en cas de naissance d'un enfant de l'assuré</p>

## Conseils Santé

Hormis les cas d'urgences médicales pour lesquelles seuls les services d'urgence officiels (SAMU, pompiers etc.) sont compétents, l'équipe de Médecins de MAAF Assistance communique à l'assuré, sur simple appel téléphonique (du lundi au vendredi, de 9h00 à 19h00 et hors jours fériés), des renseignements relatifs à la santé.

Les conseils médicaux donnés ne peuvent en aucun cas être considérés comme des consultations médicales ou un encouragement à l'automédication et ils ne se substituent pas à une consultation effectuée par le médecin traitant. Ils sont donnés exclusivement sur la base des informations communiquées par téléphone par l'assuré. De ce fait, aucune étude sur pièce (dossier médical ou autre) ne peut être réalisée.

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

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

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

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

Nature de la garantie	Événements déclencheurs
<p>MAAF Assistance communique à l'assuré des renseignements relatifs à la santé sur les domaines suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ <b>Accompagnement pré-hospitalisation</b> En cas de maladie découverte récemment, d'aggravation d'une maladie préexistante ou d'accident corporel, MAAF Assistance renseigne l'assuré sur la pathologie et ses éventuelles complications. Elle communique également des informations sur les orientations thérapeutiques préconisées habituellement par le corps médical et peut renseigner l'assuré sur les établissements hospitaliers les plus proches comprenant les services spécialisés adaptés à la pathologie concernée.</li> <li>■ <b>Accompagnement post-hospitalisation</b> Après une opération chirurgicale, MAAF Assistance peut informer l'assuré sur les suites opératoires possibles, les préconisations recommandées et les complications éventuelles. Après une hospitalisation pour raison médicale, MAAF Assistance peut : <ul style="list-style-type: none"> <li>- informer l'assuré sur l'évolution éventuelle de la maladie, ses principales complications possibles et les principaux effets secondaires des traitements ;</li> <li>- renseigner sur les facteurs de risques cardiovasculaires et autres ;</li> <li>- donner des conseils en matière de nutrition, de sevrage tabagique ;</li> <li>- renseigner sur la maladie dans sa globalité, donner des conseils pour l'observance du traitement, aider à la compréhension des différentes thérapeutiques.</li> </ul> </li> </ul>	<p>Ces prestations sont mises en œuvre lorsqu'un assuré est concerné par :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Une maladie ou un accident corporel précédant une hospitalisation</li> <li>■ Une hospitalisation</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>■ <b>Conseils après une chute pour un adulte assuré de 55 ans et plus</b> L'équipe de Médecins de MAAF Assistance : <ul style="list-style-type: none"> <li>- informe sur les suites postopératoires après une intervention chirurgicale suite à une fracture ou une autre lésion traumatique,</li> <li>- informe sur la prévention afin d'éviter de nouvelles chutes : <ul style="list-style-type: none"> <li>• conseils pour se chausser, adaptation du domicile, éclairage, ...</li> <li>• indications sur les bilans ophtalmologique, ORL et neurologique,</li> </ul> </li> <li>- rassure en cas de stress post-traumatique et aide à la reprise d'une vie normale,</li> <li>- donne des conseils en matière de nutrition pour aider au renforcement musculaire et à une meilleure constitution osseuse,</li> <li>- informe sur les activités physiques adaptées à l'état de santé et à l'âge</li> </ul> </li> </ul> <p>informe sur les besoins en kinésithérapie.</p>	<p>Cette prestation est mise en œuvre en cas de chute d'un adulte assuré de 55 ans et plus.</p>

## GARANTIES D'ASSISTANCE « AIDE AUX AIDANTS »

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

### CHAPITRE I – DISPOSITIONS GÉNÉRALES

#### I. CADRE JURIDIQUE

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

### III. PROTECTION DES DONNÉES PERSONNELLES

Les données à caractère personnel concernant le membre participant sont utilisées dans le cadre de la passation, la gestion et l'exécution de ses contrats d'assurance.

Ces informations peuvent aussi faire l'objet :

- de traitements à des fins de gestion commerciale des clients et des prospects, sauf opposition du membre participant,
- de traitements de contrôle interne,
- de traitements spécifiques et d'informations aux autorités compétentes dans le cadre des dispositions législatives et réglementaires en vigueur et notamment celles relatives à la lutte contre le blanchiment et le financement du terrorisme,
- de traitements de lutte contre la fraude à l'assurance qui peuvent entraîner une inscription sur une liste de personnes présentant un risque de fraude.

Les données sont destinées à MAAF Assurances SA, responsable des traitements, et pourront être transmises, dans les limites de leurs habilitations, aux entités, et partenaires qui lui sont contractuellement ou statutairement liés et à des organismes professionnels.

Le membre participant dispose d'un droit d'accès, de rectification, de suppression et d'opposition pour motifs légitimes, en s'adressant par courrier à :

MAAF Assurances SA  
Coordination Informatique et Libertés  
Chauray  
79036 Niort Cedex 9

La Mutuelle informe le membre participant qu'il est susceptible de recevoir un appel de l'un de ses conseillers et que les entretiens téléphoniques peuvent faire l'objet d'une double écoute et d'un enregistrement à des fins d'amélioration du service proposé et de formation de ses équipes. Il peut s'opposer à ce traitement en le signalant en début d'entretien.

En application des dispositions du Code de la consommation, les consommateurs peuvent s'inscrire gratuitement sur le registre d'opposition au démarchage téléphonique sur [www.bloctel.gouv.fr](http://www.bloctel.gouv.fr). Dans ce cas, la Mutuelle ne pourra pas les démarcher par téléphone sauf s'ils lui ont communiqué leur n° de téléphone afin d'être recontactés ou sauf s'ils sont titulaires auprès d'elle d'un contrat en vigueur.

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

#### I. DÉFINITIONS

##### L'Aidant

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

##### L'Aidé

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

##### Proches

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

##### Hospitalisation d'urgence

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

## II. GARANTIES

### 1. INFORMATION ET PRÉVENTION : CONSEIL SOCIAL

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

##### ■ Transfert du corps

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

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

##### ■ Avance de fonds

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

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

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

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

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

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

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

#### ■ 2.6 Services d'aide

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

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

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

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

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

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

#### ■ 4.1 Si l'Aidé peut être maintenu au domicile

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

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

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

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

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

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

##### ■ Informations sur les CESU

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

##### ■ Aide à la recherche d'établissements de jour :

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

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

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

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

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

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

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

### **■ Prévention/ Sensibilisation**

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

### **■ Informations d'ordre général sur la santé**

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

### **■ Orientation vers des associations spécialisées et groupes de parole**

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

### **■ Accompagnement social**

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

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

### **■ Aménagement de l'habitat**

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

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

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

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

## **III. MISE EN JEU DES GARANTIES**

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

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

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

## ■ LA VIE DU CONTRAT

### LES PERSONNES Pouvant Être ASSURÉES

Peuvent être assurées par le contrat :

- le souscripteur\*
- son conjoint(e) [marié(e), pacsé(e) ou concubin(e)]
- leurs enfants âgés de moins de 25 ans.

### LES PRINCIPES DE SOUSCRIPTION

- Un seul et même contrat peut être souscrit par foyer
- Au sein de ce même contrat, le souscripteur\* et son conjoint(e) font partie du groupe « ascendants », les enfants du groupe « descendants ». Les assurés\* d'un même groupe ont tous le même niveau de garanties. La formule\* du groupe « ascendants » peut être différente de celle du groupe « descendants »
- La souscription des trois modules est obligatoire (soins courants, hospitalisation et optique-dentaire)
- Le niveau des modules « Hospitalisation » et « Optique-dentaire » ne peut être supérieur ou inférieur de plus d'un niveau à celui du module « Soins courants » souscrit.

Seules les associations suivantes sont autorisées :

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

### L'OUVERTURE DES DROITS

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

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

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

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

### LES MODIFICATIONS DE GARANTIE\*

#### Dispositions communes

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

#### Modifications à la hausse

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

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

#### Modifications à la baisse

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

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

#### L'AJOUT D'UN ASSURÉ\*

Les garanties\* prennent effet au plus tôt le lendemain de la date de signature de la demande de l'ajout de l'assuré\*.

#### Exceptions :

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

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

#### LE RETRAIT D'ASSURÉ\*

Le retrait d'un assuré\* peut être effectué :

- à l'échéance annuelle, quel que soit le motif
- en cours d'année en cas :
  - de décès (sur présentation du certificat de décès),
  - d'adhésion à une mutuelle d'entreprise obligatoire (justifiée par une attestation de contrat groupe),
  - de souscription d'un contrat Complémentaire Santé Solidaire (sur présentation de l'attestation CSS),
  - de départ à l'étranger (sur présentation d'un justificatif attestant de ce départ),
  - de changement de situation (divorce, séparation, enfant quittant le foyer fiscal - sur présentation de tout document attestant du changement).

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

#### LA COTISATION

La cotisation est déterminée dans les conditions indiquées à l'article 11.

Les assurés\* sont classés en plusieurs tranches d'âges : une tranche unique de 0-16 ans, puis âge par âge de 17 à 74 ans et une tranche unique de 75 ans et plus.

Sur un même contrat **VIVAZEN**, selon la composition familiale, des réductions permanentes sont appliquées :

- 7 % sur la cotisation TTC du conjoint (si le sociétaire et le conjoint souscrivent)
- 7 % sur la cotisation de chaque enfant s'il y a 1 ou 2 enfants assurés (jusqu'à 24 ans inclus)
- 10 % sur la cotisation de chaque enfant s'il y a 3 enfants ou plus d'assurés (jusqu'à 24 ans inclus).

## LEXIQUE

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

**Aides auditives** : dispositifs médicaux visant à compenser une perte auditive. Elles sont exclusivement délivrées par des audioprothésistes, sur prescription médicale.

Synonyme : prothèses auditives ou appareils auditifs.

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

**Appareillage** : biens médicaux figurant sur la liste des produits et prestations (LPP) remboursables par l'assurance maladie obligatoire. Il s'agit notamment de matériels d'aide à la vie ou nécessaires à certains traitements : pansements, orthèses, attelles, prothèses externes, lits médicaux, béquilles, semelles orthopédiques...

La plupart des complémentaires santé distingue les équipements d'optique, les prothèses auditives et les fauteuils roulants du reste de l'appareillage. Synonymes : matériel médical, dispositifs médicaux (DM).

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

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

**Auxiliaires médicaux** : les auxiliaires médicaux sont définis par le livre III du Code de la santé publique et regroupent les infirmiers (titre I), les masseurs-kinésithérapeutes, les orthoprothésistes et pédicures-podologues (titre II), les ergothérapeutes et psychomotriciens (titre III), les orthophonistes et orthoptistes (titre IV), les manipulateurs d'électro-radiologie médicale (titre V), les audioprothésistes, opticien-lunetiers, prothésistes et orthésistes pour l'appareillage des personnes handicapées (titre VI) et les diététiciens (titre VII).

Leurs actes sont remboursés, sous certaines conditions, par l'assurance maladie obligatoire.

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

■ **tarif de convention** lorsque les actes sont effectués par un professionnel de santé conventionné avec l'assurance maladie obligatoire. Il s'agit d'un tarif fixé par une convention signée entre l'assurance maladie obligatoire et les représentants de cette profession,

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

■ **tarif de responsabilité** pour les médicaments\*, appareillages\* et autres biens médicaux.

**C**hambre particulière : prestation proposée par les établissements de santé, permettant à un patient hospitalisé d'être hébergé dans une chambre individuelle. La chambre individuelle n'est presque jamais remboursée par l'assurance maladie obligatoire car le patient peut demander à être hébergé en chambre commune (sauf lorsque la prescription médicale impose l'isolement dans un établissement psychiatrique ou de soins de suite).

Son coût varie selon les établissements. Il peut être remboursé par les complémentaires santé.

**Chirurgie réfractive** : différentes techniques chirurgicales (notamment l'opération de la myopie au laser, qui est la plus fréquente) permettent de corriger les défauts visuels.

L'assurance maladie obligatoire ne prend pas en charge ces opérations, mais celles-ci peuvent l'être par l'assurance maladie complémentaire.

Synonymes : opération de la myopie, kératotomie radiaire.

### Contrat "responsable et solidaire"

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

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

De plus les garanties complémentaires santé « responsables » remboursent au minimum (sous réserve des éventuelles évolutions réglementaires) en complément du régime obligatoire\* et conformément aux nouvelles dispositions de l'article L.871-1 du Code de la Sécurité sociale le ticket modérateur\* pour l'ensemble des dépenses de santé prises en charge par l'assurance maladie obligatoire, sauf pour les frais de cure thermale et les médicaments\* dont le service rendu a été classé faible ou modéré, ainsi que pour l'homéopathie.

Elles doivent également couvrir l'intégralité du forfait journalier hospitalier\*, ainsi que la participation forfaitaire actes lourds, prévue à l'article R. 160-16 du code de la Sécurité sociale, et le forfait patient urgences, prévu à l'article L.160-13 du code de la Sécurité sociale.

Elles remboursent intégralement, en sus du Régime Obligatoire, les équipements optique, soins prothétiques dentaires et aides auditives appartenant à une liste réglementée « 100 % Santé » à hauteur des honoraires limites de facturation ou des Prix Limites de Vente.

Elles respectent les règles légales de renouvellement des équipements à savoir :

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

■ aides auditives : par période de 4 ans à compter de la date d'acquisition du dernier équipement.

Elles respectent les planchers et les plafonds du contrat responsable.

La prise en charge des dépassements d'honoraires\* des médecins qui n'adhèrent pas à l'un des Dispositifs de Pratique Tarifaire Maîtrisée\* est limitée et doit nécessairement être inférieure à celle des dépassements d'honoraires\* de médecins qui adhèrent à l'un de ces dispositifs.

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

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

Un professionnel de santé doit fixer le montant de ses dépassements d'honoraires « avec tact et mesure » et respecter le cas échéant le Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée\* auquel il a adhéré et en informer préalablement son patient. La complémentaire santé peut prendre en charge tout ou partie de ces dépassements, si ses garanties\* le prévoient.  
Synonyme : dépassements

**Dispositifs de Pratique Tarifaire Maîtrisée** : il s'agit de contrats proposés par l'Assurance Maladie aux médecins visant à modérer les dépassements d'honoraires\*.

Exemples de dispositifs : option pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM) et option pratique tarifaire maîtrisée chirurgie obstétrique (OPTAM-CO). Ils remplacent le Contrat d'Accès aux Soins (CAS) depuis le 01/01/2017.

**Echéance** : date qui marque le début de chaque année d'assurance.

**Équipement 100 % santé** : les assurés peuvent bénéficier de certaines prestations d'optique, d'aides auditives et de prothèses dentaires, intégralement remboursées par l'assurance maladie obligatoire et les complémentaires santé, donc sans frais restant à leur charge, sous réserve que les professionnels de santé respectent les tarifs maximum fixés.

Ces soins identifiés (appelés aussi « paniers 100 % Santé » ou « paniers à prise en charge renforcée ») sont définis réglementairement.

Les opticiens, audioprothésistes et chirurgiens-dentistes fixent leur prix dans la limite de plafonds prédéfinis et s'engagent à respecter les conditions de l'offre « 100 % Santé ».

La différence entre le prix facturé par l'opticien, l'audioprothésiste ou le chirurgien-dentiste, et le montant remboursé par l'assurance maladie obligatoire, est remboursé par la complémentaire santé.

Les opticiens et les audioprothésistes sont tenus de proposer un équipement du panier « 100 % Santé » et d'établir un devis faisant systématiquement apparaître un équipement de l'offre « 100 % Santé ».

Les chirurgiens-dentistes ont quant à eux l'obligation, lorsqu'ils proposent à leur patient la réalisation d'un acte en dehors du panier « 100 % Santé », de leur proposer également une alternative thérapeutique prévue dans le panier « 100 % Santé », chaque fois qu'une telle alternative existe, ou à défaut, de leur proposer une alternative avec un reste à charge maîtrisé. Les chirurgiens-dentistes sont également tenus de remettre un devis au patient pour les prothèses dentaires.

Synonymes : soins et prothèses 100 % santé.

**Équipement à prise en charge libre** : il s'agit des prestations d'optique, d'aides auditives et de soins et prothèses dentaires qui ne font pas partie des équipements « 100 % Santé » dont la liste est définie réglementairement.

La prise en charge des équipements à prise en charge libre découle de l'application du tableau de garantie contractuel.

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

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

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

Il s'agit d'une participation forfaitaire du patient aux frais d'hébergement et d'entretien entraînés par son hospitalisation\*.

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

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

Synonymes : forfait hospitalier, forfait journalier.

**Forfait patient urgences** : participation forfaitaire laissée à la charge de l'assuré pour tout passage non programmé dans les services d'urgences d'un établissement de santé lorsque ce passage n'est pas suivi d'une hospitalisation dans un service de médecine, de chirurgie, d'obstétrique ou d'odontologie de l'établissement (article L.160-13 du Code de la Sécurité sociale).

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

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

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

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

**Frais d'accompagnant** : frais correspondant aux facilités (lit, repas) mises à disposition d'une personne qui accompagne un patient hospitalisé et reste auprès de lui le temps de l'hospitalisation\* (par exemple, un parent en cas d'hospitalisation\* de l'enfant).

Ces frais facturés par l'hôpital ou la clinique ne sont pas remboursés par l'assurance maladie obligatoire, mais peuvent en revanche être pris en charge par certaines complémentaires santé.

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

**Franchise médicale** : somme déduite des remboursements effectués par l'assurance maladie obligatoire sur les médicaments\*, les actes paramédicaux et les transports sanitaires depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2008.

Son montant est de :

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

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

Certaines personnes en sont exonérées : jeunes de moins de 18 ans, bénéficiaires de la Complémentaire Santé Solidaire (CSS) et de l'Aide médicale de l'Etat, femmes enceintes (du 1<sup>er</sup> jour du 6<sup>ème</sup> mois de grossesse et jusqu'au 12<sup>ème</sup> jour après l'accouchement), les jeunes filles mineures âgées d'au moins 15 ans pour la contraception et la contraception d'urgence, les victimes d'un acte de terrorisme pour les frais de santé en rapport avec cet événement.

Voir également : contrat « solidaire et responsable ».

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

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

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

**H**onoraires : rémunération d'un professionnel de santé libéral.

**Honoraires de dispensation** : rémunération du pharmacien d'officine destinée à valoriser la dispensation d'un médicament qui comprend l'analyse pharmaceutique de l'ordonnance, la préparation éventuelle des doses à administrer, les conseils aux patients.

Ces honoraires sont pris en charge à 70 % par l'assurance maladie obligatoire (sauf cas dérogatoires prévus réglementairement) et à 30 % par l'assurance complémentaire à condition que la délivrance fasse suite à une prescription médicale de médicaments remboursables.

**Honoraires limites de facturation** : montant maximum pouvant être facturé par un chirurgien-dentiste conventionné avec l'assurance maladie obligatoire pour un acte donné. On parle également de « tarifs plafonnés ».

À compter de 2019, des honoraires limites de facturation sont appliqués à certaines prothèses dentaires, dont en particulier celles contenues dans le panier « 100 % Santé ».

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

**Hospitalisation** : séjour médicalement prescrit dans un établissement de soins public ou privé agréé par le Ministère de la Santé ou à domicile, ayant pour but un traitement médical ou chirurgical d'une maladie, d'un accident corporel\* ou d'une maternité.

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

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

L'implantologie n'est pas remboursée par l'assurance maladie obligatoire. Le chirurgien-dentiste est tenu de remettre un devis avant de poser un implant. Ce devis doit comporter le prix d'achat de chaque élément de l'implant et le prix des prestations associées à sa pose.

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

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

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

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

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

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

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

**M**édicament : toute substance ou composition présentée comme possédant des propriétés curatives ou préventives à l'égard des maladies humaines ou animales, ainsi que toute substance ou composition pouvant être utilisée chez l'homme ou chez l'animal ou pouvant leur être administrée, en vue d'établir un diagnostic médical ou de restaurer, corriger ou modifier leurs fonctions physiologiques en exerçant une action pharmacologique, immunologique ou métabolique.

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

Il existe quatre taux de remboursement des médicaments :

- 100 % pour les médicaments reconnus comme irremplaçables et coûteux ;
- 65 % pour les médicaments dont le service médical rendu est majeur ou important et 90 % par le régime Alsace Moselle\* ;

- 30 % pour les médicaments dont le service médical rendu est modéré, les médicaments homéopathiques et certaines préparations magistrales et 80 % par le régime Alsace Moselle\*,
- 15 % pour les médicaments à service médical rendu faible par l'assurance maladie obligatoire et le régime Alsace Moselle\*.

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

Les médicaments relevant d'une prise en charge par l'assurance maladie obligatoire, ont un prix fixé par le Comité économique des produits de santé (CEPS).

Certains médicaments ne peuvent être délivrés que sur prescription médicale. D'autres peuvent être délivrés par votre pharmacien sans prescription (médicaments dits à « prescription médicale facultative »).

L'assurance maladie obligatoire ne rembourse que les médicaments ayant fait l'objet d'une prescription médicale. L'assurance maladie complémentaire peut prendre en charge des médicaments sans prescription médicale.

Les prix des médicaments non remboursables par l'assurance maladie obligatoire sont libres et peuvent varier d'une pharmacie à l'autre.

Parcours de soins coordonné : c'est le circuit que les patients doivent suivre pour être pris en charge médicalement de façon personnalisée en optimisant l'offre de soins proposée en France. Organisé autour du médecin traitant, il concerne désormais tous les assurés de l'assurance maladie obligatoire et leurs ayants droit de moins de 16 ans.

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

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

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

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

Lorsqu'une personne âgée de plus de 16 ans est en dehors du parcours de soins, le remboursement de l'assurance maladie obligatoire est diminué.

Voir également : contrat responsable et solidaire.

**Nous** : MAAF Santé, assureur

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

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

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

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

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

**Participation forfaitaire actes lourds** : une participation forfaitaire à la charge de l'assuré s'applique pour les actes coûteux pratiqués en ville ou en établissement de santé.

Certains actes ne sont pas concernés par la participation forfaitaire actes lourds (radiodiagnostic, IRM, frais de transport d'urgence,...)

Cette participation est généralement prise en charge par les complémentaires santé.

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

- des enfants de moins de 18 ans,
- des femmes enceintes à partir du 6<sup>ème</sup> mois de grossesse,
- des bénéficiaires de la Complémentaire Santé Solidaire (CSS) ou de l'Aide médicale de l'État (AME).

Le nombre de participations forfaitaires est plafonné à 4 par jour pour le même professionnel de santé et le même bénéficiaire, et à un montant de 50 euros par année civile et par personne.

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

Voir également : contrat solidaire et responsable.

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

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

Prix limite de vente : le prix limite de vente (PLV) d'un dispositif médical correspond au prix maximum de vente à l'assuré social. A défaut de fixation d'un prix limite de vente, le prix est libre.

La base de remboursement de la majorité des dispositifs médicaux inscrits à la liste des produits et prestations (LPP) et pris en charge par l'assurance maladie obligatoire est assortie d'un prix limite de vente.

S'agissant des médicaments pris en charge par l'assurance maladie obligatoire, seuls ceux qui sont assortis d'un tarif forfaitaire de responsabilité (TFR) n'ont pas de prix limite de vente.

Les aides auditives et les lunettes retenues dans les paniers « 100 % Santé » auront, à compter respectivement de 2019 et 2020, des prix limites de vente que les professionnels s'engagent à respecter pour que les assurés puissent bénéficier d'un reste à charge nul sur ces équipements.

**Régimes obligatoires (RO) :** organismes français couvrant tout ou une partie des dépenses liées à la maladie, à la maternité et aux accidents corporels\*.

Synonymes : Assurance maladie obligatoire (AMO), Sécurité sociale...

Par simplification, on nommera RO l'ensemble des régimes obligatoires existants.

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

**Secteur 1, secteur 2 :**

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

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

**Médecin conventionné de secteur 2 :** il applique des honoraires fixés librement, avec "tact et mesure". Le montant du dépassement\* n'est pas remboursé par le Régime Obligatoire\*.

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

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

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

Celui-ci peut être minoré de la franchise ou de la participation forfaitaire, pour aboutir au montant effectivement versé à l'assuré\* par l'assurance maladie obligatoire.

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

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

- 70 % de la base de remboursement\* pour les actes médicaux,
- 60 % de la base de remboursement\* pour les actes paramédicaux (90 % pour le Régime Alsace Moselle\*),
- 100 % ou 60 % de la base de remboursement\* pour l'appareillage\* (100 % ou 90 % pour le Régime Alsace Moselle\*),
- 100 %, 65 %, 30 % ou 15 % pour les médicaments\* (100 %, 90 %, 80 % ou 15 % pour le Régime Alsace Moselle\*).

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

Voir également : médicaments\*, hospitalisation\*, appareillage\*, honoraires\*.

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

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

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

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

**Tiers payant :** système de paiement qui évite à l'assuré\* de faire l'avance des frais auprès des prestataires de soins.

Ces derniers sont payés directement par les assurances maladie obligatoire et/ou complémentaire pour les soins ou produits qu'ils ont délivrés.

Synonyme : dispense d'avance des frais.

**Vous :** le souscripteur du contrat

