



Ce document d'information présente un résumé des principales garanties et exclusions du produit et ne prend pas en compte vos besoins et demandes spécifiques. Vous trouverez l'information complète sur ce produit dans la documentation précontractuelle et contractuelle. En particulier, les niveaux de remboursement seront détaillés dans le tableau de garanties.

De quel type d'assurance s'agit-il ?

Ce contrat d'assurance complémentaire santé est à destination des personnes :

- résidant dans un département français et,
- relevant d'un régime obligatoire (RO) français.

Il est destiné à rembourser tout ou partie des frais de santé restant à la charge de l'assuré et des éventuels bénéficiaires en cas d'accident, de maladie ou de maternité, en complément d'un régime obligatoire français.



Qu'est-ce qui est assuré ?

Les montants des prestations sont soumis à des plafonds qui varient en fonction du niveau de garantie choisi, et figurent dans le tableau de garanties. Ils ne peuvent être plus élevés que les dépenses engagées, et une somme peut rester à votre charge.

Les garanties systématiquement prévues :

- ✓ **Soins courants** : consultations généralistes et spécialistes, radiologie, auxiliaires médicaux, analyses médicales, médicaments remboursés à 65 % RO (90 % régime local Alsace Moselle), soins dentaires, inlay-onlay, prothèses auditives, appareillages et autres prothèses (hors dentaires), achat d'un fauteuil roulant, transport.
- ✓ **Hospitalisation** : soins et honoraires hospitaliers, forfait journalier, frais de séjour, transport.
- ✓ **Optique** : lunettes (monture et verres), lentilles.
- ✓ **Dentaire** : prothèses dentaires et orthodontie remboursées par le RO.

Les garanties optionnelles :

Les postes suivants peuvent être assurés :

Soins courants : l'ensemble des médicaments et les cures thermales remboursés par le régime obligatoire, la pharmacie prescrite non remboursée par le RO, l'automédication et la contraception, les ostéopathes, chiropracteurs et pédicures, la prévention et le dépistage, l'ostéodensitométrie.

Hospitalisation : chambre particulière, frais d'accompagnant, aide à la conception (FIV), prime de naissance ou d'adoption.

Optique : forfait basse vision, chirurgie réfractive et implant oculaire.

Dentaire : autres prothèses dentaires, implants, orthodontie, parodontie non remboursés par le RO.

Les services systématiquement prévus :

- ✓ Réseaux de soins : opticiens, chirurgiens-dentistes et audioprothésistes partenaires...
- ✓ Service d'analyse de devis.

L'assistance systématiquement prévue :

- ✓ Assistance à domicile.
- ✓ Assistance enfants.
- ✓ Accompagnement en cas de maladies graves, conseils santé et aide aux aidants.



Qu'est-ce qui n'est pas assuré ?

- ✗ Les soins et les frais réalisés avant la prise d'effet des garanties ou postérieurs à la date de résiliation du contrat.
- ✗ Les soins et les frais de soins non remboursés par le RO et non expressément prévus dans le descriptif des garanties.
- ✗ Les dépenses relatives aux séjours effectués :
 - dans les établissements médico-sociaux, tels que maisons d'accueil spécialisées, instituts médico-pédagogiques, établissements pour personnes âgées ou dépendantes, unités de longs séjours,
 - en maisons d'enfants à caractère sanitaire (sauf forfait journalier et ticket modérateur facturés le cas échéant et non pris en charge par le RO),
 - en établissements psychiatriques ou neuropsychiatriques (en secteur public ou privé) et en alcoologie et toxicologie, pour la chambre particulière et les frais d'accompagnant.
- ✗ Les frais de chambre particulière en ambulatoire.



Y a-t-il des exclusions à la couverture ?

Les principales exclusions :

- ! La participation forfaitaire (exemples : pour les consultations, les examens de radiologie...) et les franchises médicales (exemples : sur les médicaments, les actes paramédicaux...).
- ! Les pénalités appliquées par le RO pour les dépenses de santé réalisées en dehors du parcours de soins coordonnés.
- ! Les dépassements d'honoraires au-delà de la limite fixée réglementairement pour les médecins n'adhérant pas à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée.

Les principales restrictions :

- ! **Hospitalisation et Optique-dentaire** : les postes Hospitalisation et/ou Optique-dentaire peuvent être remboursés sur le niveau inférieur pendant 6 mois suivant la prise d'effet du contrat (sauf en cas d'accident).
- ! **Optique** : le remboursement des lunettes peut être limité à un équipement (monture + verres) tous les 2 ans. Ce délai est réduit à un an en cas d'évolution de la vue ou pour les enfants mineurs.
- ! **Appareillage auditif** : remboursement limité à 2 appareils par an.



Où suis-je couvert(e) ?

- ✓ Monde entier pour les frais de soins garantis et pris en charge par le régime obligatoire et les autres dépenses prévues au contrat mais non couvertes par le régime obligatoire.
- ✓ France Métropolitaine et Départements et Régions d'Outre-Mer pour les garanties d'assistance.



Quelles sont mes obligations ?

Sous peine de nullité du contrat d'assurance ou de non-garantie, vous devez :

À la souscription du contrat : répondre avec exactitude et sincérité à toutes les questions qui sont posées, fournir les justificatifs qui sont demandés et régler la cotisation (ou fraction de cotisation) indiquée au contrat.

En cours de contrat :

- Fournir tous documents justificatifs nécessaires au paiement des prestations prévues au contrat.
- Faire parvenir les demandes de remboursements à l'assureur dans un délai maximum de 2 ans suivant la date des soins.
- Informer l'assureur des évènements suivants, par lettre recommandée, dans les quinze jours de leur connaissance : changement de régime obligatoire, changement de domicile, changement de situation familiale, retrait d'assuré selon les motifs prévus au contrat.
- Régler la cotisation (ou fraction de cotisation) indiquée au contrat.



Quand et comment effectuer les paiements ?

Le paiement de la cotisation intervient à la souscription du contrat et chaque année à l'échéance.

Le paiement de la cotisation peut être annuel, semestriel, trimestriel ou mensuel par chèque ou par prélèvement bancaire.



Quand commence la couverture et quand prend-elle fin ?

Les garanties prennent effet à compter de la date mentionnée sur les conditions particulières.

Le contrat est souscrit jusqu'au 31 décembre de l'année de sa prise d'effet. Il est ensuite reconduit automatiquement d'année en année, au 1er janvier pour une période d'un an, sauf résiliation par le souscripteur du contrat ou par l'assureur dans les cas et conditions fixées au contrat.



Comment puis-je résilier le contrat ?

Vous pouvez résilier votre contrat dans les cas et délais prévus par la réglementation et par les conditions générales, notamment à l'échéance annuelle et lors de la survenance de certains événements (modification de votre situation personnelle ou professionnelle, ...).

Sauf cas particulier, votre demande de résiliation doit nous être adressée par lettre recommandée ou envoi recommandé électronique.

MAAF Santé

Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du code de la Mutualité
SIREN 331 542 142 - code APE 6512 Z

Siège social : Chaban - 79180 CHAURAY - Adresse : Chauray - 79036 NIORT Cedex 9