



Les Façonnables TNS

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 collectif à adhésion facultative est destiné à rembourser tout ou partie des dépenses de santé restant à la charge du Travailleur Non Salariné non agricole (selon les conditions énumérées au contrat). Il permet d'assurer en complément du régime obligatoire (RO), le remboursement des dépenses de santé des bénéficiaires, occasionnées par l'accident, la maladie et la maternité. Le produit respecte les conditions légales des contrats responsables.



Qu'est-ce qui est assuré ?

Les montants des prestations sont soumis à des plafonds qui varient en fonction du niveau de garanties 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** : consultations et visites de médecins, auxiliaires médicaux, analyses et imagerie médicales, actes techniques, médicaments remboursés par le RO, fauteuil roulant, prothèses auditives, prothèses orthopédiques et autres appareillages, cure thermique remboursée par le RO.
- ✓ **Hospitalisation** : frais de séjour, soins et honoraires, forfait journalier, transport.
- ✓ **Optique** : lunettes (monture et verres), lentilles correctrices.
- ✓ **Dentaire** : soins, inlays onlays, prothèses et inlay-cores, orthodontie remboursés par le RO.

Les garanties optionnelles :

Les postes suivants peuvent être assurés :

- Soins** : forfait naissance.
- Hospitalisation** : chambre particulière et frais d'accompagnant.
- Optique** : chirurgie réfractive.
- Dentaire** : parodontie, implants dentaires et orthodontie non remboursés par le RO.
- Pack prévention / Médecines alternatives** : ostéopathie, chiropractie, acupuncture, diététicien, médicaments et vaccins prescrits non remboursés par le RO, sevrage tabagique.

Les services systématiquement prévus :

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

L'assistance systématiquement prévue :

- ✓ Prestations à domicile.
- ✓ Soutien psychologique.
- ✓ Assistance enfants.
- ✓ Relais parents dépendants.
- ✓ Garde des animaux de compagnie.
- ✓ Garanties supplémentaires spécifiques aux TNS du fait de leur activité professionnelle : relais administratif, garde des enfants de moins de 4 ans, garde d'enfant renforcée.



Qu'est-ce qui n'est pas assuré ?

- ✗ Les soins et frais réalisés avant la prise d'effet des garanties ou postérieurs à la date de radiation des bénéficiaires.
- ✗ Les frais de soins non remboursés par le RO et non expressément prévus dans le tableau de garanties.
- ✗ Les frais de chambre particulière en ambulatoire.
- ✗ Les frais de séjours en maison d'enfants à caractère sanitaire (hormis le forfait journalier et le ticket modérateur non remboursé par le RO), en institut médico-pédagogique, en établissement pour personnes âgées ou en unité de long séjour.



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 :

- ! La prise en charge de la chambre particulière est limitée à 90 jours par année civile et bénéficiaire en cas d'hospitalisation pour affection psychopathologique.
- ! Le remboursement des lunettes peut être limité à un équipement (verres et monture) tous les 2 ans. Ce délai est réduit à 1 an en cas d'évolution de la vue ou pour les enfants mineurs.
- ! Le nombre d'implants remboursés est limité à 3 par an avec un seul remboursement forfaitaire possible par implant, même lorsque les soins sont réalisés sur 2 années civiles.



Où suis-je couvert(e) ?

- ✓ Monde entier pour les frais de soins pris en charge par le régime obligatoire. Dans les cas où les soins ont été dispensés à l'étranger, le remboursement se fait dans la limite de la base de remboursement du RO français, quelle que soit la dépense engagée.
- ✓ 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 et fournir les justificatifs demandés.

En cours de contrat : informer l'assureur dans les délais prévus au contrat de toute circonstance nouvelle susceptible de modifier les informations fournies lors de la souscription du contrat (changement de domicile, ajout ou retrait d'un bénéficiaire...).

A la souscription et à chaque renouvellement : régler votre cotisation aux dates convenues.

En cas de sinistre : transmettre tous les éléments et pièces justificatives nécessaires au remboursement des prestations.



Quand et comment effectuer les paiements ?

La cotisation est payable mensuellement d'avance.



Quand commence la couverture et quand prend-elle fin ?

La couverture débute au premier jour du mois renseigné sur la proposition d'assurance signée par l'Adhérent et par l'Assureur ou son représentant. Elle court jusqu'au 31 décembre de l'année de la prise d'effet de l'adhésion et elle est ensuite reconduite automatiquement d'année en année, au 1er janvier pour une période d'un an.

La couverture prend fin en cas de perte de la qualité de Travailleur Non Salarié non agricole et dans les cas de résiliation prévus dans la Notice d'Information.



Comment puis-je résilier le contrat ?

Vous pouvez résilier le contrat dans les cas et délais prévus par la réglementation et par la Notice d'Information, notamment à l'échéance annuelle.

Sauf cas particulier, votre demande de résiliation doit nous être adressée par lettre recommandée ou envoi recommandé électronique en respectant un préavis de 2 mois avant le 31 décembre de l'année en cours.

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