

MES BIENS

MON ARGENT

MON ACTIVITÉ
PROFESSIONNELLE

MA FAMILLE



SANTÉ

SANTÉ BIORYTHM

CONDITIONS GÉNÉRALES

NOTICE D'INFORMATION VALANT RÈGLEMENT



Contrat Santé BIORYTHM

Notice d'information valant règlement

TABLEAU DES FORMULES DE GARANTIES	p. 4
■ Module Hospitalisation	p. 4
■ Module Soins courants	p. 6
■ Module Appareillages et Prothèses	p. 10
ASSISTANCE SANTÉ À DOMICILE	p. 13
■ Tableau des prestations	p. 14
■ Détail des prestations	p. 15
CE QUE VOUS DEVEZ SAVOIR	p. 17
■ L'objet de la garantie	p. 17
■ Précisions sur certaines garanties	p. 17
■ Votre contrat	p. 18
■ Votre déclaration	p. 18
■ L'entrée en vigueur du contrat	p. 18
■ La durée de votre contrat	p. 18
■ Les conditions d'adhésion	p. 18
■ L'ouverture des droits	p. 18
■ Attestation de Tiers payant	p. 19
■ Cotisation	p. 19
■ Subrogation	p. 20
■ Prescription	p. 20
■ Radiation	p. 20
■ Les dispositions générales	p. 20
LES SERVICES	p. 22
GLOSSAIRE MAAF SANTE	p. 23

HOSPITALISATION : LES GARANTIES

LES GARANTIES SONT EXPRIMÉES **AVEC LA PARTICIPATION DE LA SÉCURITÉ SOCIALE** (ou tout autre régime d'assurance maladie obligatoire).
 MAAF SANTE intervient dans la limite des frais engagés, après participation de la Sécurité sociale française.

HOSPITALISATION (1)	Niveau 1*	Niveau 2	Niveau 3	Niveau 4
■ Forfait journalier	18 €	18 €	18 €	18 €
■ Forfait journalier (hospitalisation psychopathologique)	13,50 €	13,50 €	13,50 €	13,50 €
■ Frais de séjour	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
■ Soins et honoraires (2)	100 % BR	100 % BR	150 % BR	250 % BR
■ Transport (3)	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
■ Chambre particulière	-	50 € / nuit	60 € / nuit	80 € / nuit
■ Frais d'accompagnant (lit et repas)	-	30 € / jour	30 € / jour	30 € / jour
■ Prime maternité (4)	-	122 €	153 €	153 €

* Ce niveau n'est pas proposé pour les assurés relevant du régime local Alsace-Moselle car ce régime prend en charge les frais d'hospitalisation à 100 %.

Pour bien comprendre :

BR (base de remboursement) : tarif servant de référence à la Sécurité sociale pour déterminer le montant de son remboursement.

Précisions importantes sur :

la réglementation

- (2) Pour tout acte médical supérieur ou égal à 120 € (ou ayant un coefficient supérieur ou égal à 50) réalisé à l'hôpital ou en ville, la Sécurité sociale laisse un forfait de 18 € à la charge du patient. MAAF SANTE prend cette somme intégralement en charge.
- (3) Une franchise de 2 € par transport est laissée à la charge du patient par la Sécurité sociale. MAAF SANTE ne la prend pas en charge.

les garanties MAAF SANTE

- (1) En cas d'hospitalisation pour affections psychopathologiques, en secteur public ou privé, les garanties hospitalisation sont limitées à 60 jours par année civile.
- (4) La prime maternité (pour une naissance ou une adoption) est versée si la mère est assurée auprès de MAAF SANTE. Cette prime se limite à 2 versements en cas de naissance multiple.

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 ne sont pas remboursés.

Les services associés :

- tiers payant auprès des hôpitaux et cliniques afin de vous éviter de faire l'avance des frais, sur présentation de votre attestation de tiers payant,
- accès sur www.maaf.fr à notre site d'information hospitalière qui vous donnera le classement des meilleurs établissements publics ou privés par type d'acte chirurgical ainsi que dans la prise en charge du cancer en chirurgie, chimiothérapie et radiothérapie sur une zone géographique donnée,
- analyse du devis remis par votre praticien et calcul de votre reste à charge,
- en cas d'hospitalisation en urgence ou d'immobilisation à votre domicile, vous bénéficiez d'une assistance (aide ménagère, garde d'enfants, livraison de repas) (cf page 13).

Détail de tous ces services dans le guide "Au cœur de la santé" que MAAF SANTE vous adresse avec vos Conditions Particulières ou fiche personnalisée d'assurance complémentaire santé.

Une garantie optionnelle : l'Indemnité Journalière Hospitalisation.

Elle ne peut être souscrite qu'avec une formule Biorythm complète (Hospitalisation + Soins courants + Appareillages/ prothèses) et uniquement par les assurés résidant en Métropole.

OPTION	Niveau 1	Niveau 2	Niveau 3
■ Indemnité Journalière Hospitalisation	16 € / jour	31 € / jour	46 € / jour

HOSPITALISATION : LES GARANTIES

Pour toute hospitalisation : présentez votre attestation de Tiers payant MAAF SANTE.

Si des prestations restent à votre charge vous devez fournir les documents suivants à MAAF SANTE pour obtenir le remboursement.

Prestations prises en charge par la Sécurité sociale

Nature de la prestation	Justificatifs *
<ul style="list-style-type: none">soins /honorairesfrais de séjourtransport	} décompte de la Sécurité sociale ou facture des frais engagés

* Ces justificatifs doivent, sauf cas de force majeure, être présentés à MAAF SANTE dans un délai maximum de 6 mois après paiement par la Sécurité sociale.

Prestations non prises en charge par la Sécurité sociale

Nature de la prestation	Justificatifs**
<ul style="list-style-type: none">forfait journalierfrais d'accompagnantchambre particulièregarantie Assistance : location de téléviseurprestation avec dépassements d'honoraires	} facture de l'établissement hospitalier
<ul style="list-style-type: none">prime maternité	tout justificatif de la naissance (si l'enfant n'est pas assuré à MAAF SANTE) ou de l'adoption (que l'enfant soit assuré ou non)

Option Indemnité journalière Hospitalisation

Nature de la prestation	Justificatif**
<ul style="list-style-type: none">versement de l'indemnité	Facture de l'établissement hospitalier

** Ces justificatifs doivent, sauf cas de force majeure, être présentés à MAAF SANTE dans un délai maximum de 6 mois après réalisation de l'événement ou paiement de la facture.

SOINS COURANTS : LES GARANTIES

LES GARANTIES SONT EXPRIMÉES **AVEC LA PARTICIPATION DE LA SÉCURITÉ SOCIALE** (ou tout autre régime d'assurance maladie obligatoire).

MAAF SANTE intervient dans la limite des frais engagés, après participation de la Sécurité sociale française.

SOINS COURANTS	Niveau 1	Niveau 2	Niveau 3	Niveau 4
■ Consultations, visites (1)(3)	100 % BR	100 % BR	130 % BR	200 % BR
■ Actes médicaux (1)(2)(3)	70 % BR	100 % BR	130 % BR	200 % BR
■ Analyses médicales (1)	95 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
■ Auxiliaires médicaux (infirmiers, kinésithérapeutes, orthophonistes, orthoptistes, podologues,) (4)	60 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
■ Soins dentaires	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
■ Radios (dont ostéodensitométrie prise en charge par la sécurité sociale)(1)(3)	70 % BR	100 % BR	130 % BR	200 % BR
■ Ostéodensitométrie non prise en charge par la Sécurité sociale *	-	30 €	50 €	75 €
■ Pharmacie :				
- Médicaments vignette blanche (4)(5)	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
- Médicaments vignette bleue (4)(5)	30 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
- Médicaments vignette orange (4)(5)	15 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
- Petit appareillage/ accessoires (semelles, attelles, genouillères,...)	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
- Forfait automédication * (6)	-	-	30 €	30 €
- Pilule contraceptive non prise en charge par la Sécurité sociale *	-	-	-	45 €
■ Ostéopathie et chiropractie* (7)	-	-	15 €	20 €
■ Forfait prévention*	-	90 €	90 €	90 €
■ 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 €
■ Transport (4)	65 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
■ Cure thermale 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 €	100 ou 0 % BR + 382 €

Pour bien comprendre :

BR : (base de remboursement) : tarif servant de référence à la Sécurité sociale pour déterminer le montant de son remboursement.

● Ce niveau sera proposé à compter du 1^{er} février 2011 et ne concerne pas les assurés dépendant du régime local Alsace-Moselle.

Il ne pourra 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.

SOINS COURANTS : LES GARANTIES

Précisions importantes sur :

la réglementation

- (1) La participation forfaitaire de 1 € appliquée par la Sécurité sociale n'est pas prise en charge par MAAF SANTE.
- (2) Pour tout acte médical supérieur ou égal à 120 € (ou ayant un coefficient supérieur ou égal à 50) réalisé en ville, la Sécurité sociale laisse un forfait de 18 € à la charge du patient. MAAF SANTE prend cette somme intégralement en charge.
- (3) En cas de non respect du parcours de soins, la Sécurité sociale diminue sa participation pour n'intervenir qu'à 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 MAAF SANTE.
- (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 transport d'urgence) qui sont appliquées par la Sécurité sociale ne sont pas prises en charge par MAAF SANTE.

les garanties MAAF SANTE

- (5) MAAF SANTE intervient à hauteur de 35 % sur les médicaments à vignette blanche (tous les niveaux), 70 % sur les médicaments à vignette bleue et à 85 % sur les médicaments à vignette orange (niveaux 2, 3 et 4).
- (6) Le forfait automédication permet la prise en charge des médicaments accessibles en pharmacie sans ordonnance.
- (7) Prise en charge de 4 consultations au choix par année civile.
- (8) La Sécurité sociale rembourse 100 % de la base de remboursement. MAAF SANTE verse un supplément selon le niveau souscrit.
- (9) En l'absence de participation de la Sécurité sociale sur l'hébergement (ou tout autre régime obligatoire), MAAF SANTE ne versera que le supplément (pour les niveaux 3 et 4).

* Tous les forfaits, qui sont des forfaits par assuré, sont **des forfaits par année civile valables du 1^{er} janvier au 31 décembre.**

La prévention

Les actes de prévention qui figurent dans le tableau ci-dessous sont ceux définis par le ministère de la santé et sont pris en charge par la Sécurité sociale.

Listes des actes de prévention

- Détartrage annuel
- Scelllements de sillons 1^{ère} et seconde molaire (moins de 14 ans)
- Bilan du langage oral et/ou bilan d'aptitudes à l'acquisition du langage écrit (enfant de moins de 14 ans)
- Dépistage de l'hépatite B
- Dépistage des troubles de l'audition (une fois tous les 5 ans pour les plus de 50 ans)
- Ostéodensitométrie (une fois tous les 6 ans pour les femmes de plus de 50 ans)
- Vaccins
 - DTPolio
 - Coqueluche, hépatite B (moins de 14 ans)
 - BCG (moins de 6 ans)
 - Rubéole (adolescentes non vaccinées et femmes qui veulent un enfant)
 - Vaccin contre la méningite (*Haemophilus influenzae*)
 - Vaccin contre les infections invasives à pneumocoques (moins de 18 mois)

En complément de la Sécurité sociale, MAAF SANTE prend en charge l'ensemble de ces actes, exception faite pour le niveau 1 pour lequel elle n'intervient pas sur le bilan du langage et l'ostéodensitométrie.

.../...

SOINS COURANTS : LES GARANTIES

MAAF SANTE complète ces dispositifs dans la limite d'un forfait de 90 € par an maximum et par assuré (hors niveau 1) couvrant les thèmes de prévention détaillés ci-après, pour lesquels la Sécurité sociale n'intervient pas.

Forfait prévention MAAF SANTE

- Les consultations diététiques effectuées par une diététicienne diplômée
- Les vaccins non pris en charge (dont le vaccin anti-grippe)
- Les auto-tests de dépistage* :
 - dépistage d'un virus utérin : le papillomavirus (recommandé aux femmes âgées de 30 à 65 ans, une fois tous les 3 ans)
 - dépistage des infections urinaires.* recommandés par votre pharmacien
- Les préservatifs (limités à 30 € / an)
- Le sevrage tabagique prescrit (patchs, comprimés, gommes, pastilles....) (limité à 50 € /an)
- Les crèmes solaires prescrites (limitées à 30 €/an)

Les services associés :

- tiers payant possible auprès des pharmaciens, radiologues, laboratoires, auxiliaires médicaux (infirmiers, kinésithérapeutes, orthophonistes, orthoptistes, podologues) afin de vous éviter de faire l'avance des frais, sur présentation de votre attestation de Tiers payant (hors niveau 1),
- accès sur www.maaf.fr à nos sites :
 - d'information sur l'automédication pour mieux vous guider dans le choix de vos médicaments achetés sans ordonnance (notés par des spécialistes selon les critères efficacité / tolérance),
 - «No smoking» pour vous aider à arrêter de fumer,
 - « Mon programme nutrition » qui vous permet de suivre un programme en 7 étapes pour vous aider à équilibrer votre alimentation et réaliser des consultations auprès de diététiciennes.

Détail de tous ces services dans le guide "Au coeur de la santé" que MAAF SANTE vous adresse avec vos Conditions Particulières ou fiche personnalisée d'assurance complémentaire santé.

SOINS COURANTS : LES GARANTIES

Si des prestations restent à votre charge, vous devez fournir les documents suivants à MAAF SANTE pour obtenir le remboursement :

Prestations prises en charge par la Sécurité sociale	
Nature de la prestation	Justificatifs*
<ul style="list-style-type: none"> ■ consultations, visites ■ auxiliaires, actes médicaux ■ analyses ■ radios Pharmacie : <ul style="list-style-type: none"> ■ médicaments ■ accessoires/petit appareillage ■ soins dentaires ■ transport Cure thermale : <ul style="list-style-type: none"> ■ forfait / surveillance médicale ■ transport 	} décompte de la Sécurité sociale
<ul style="list-style-type: none"> ■ hébergement 	

* Ces justificatifs doivent, sauf cas de force majeure, être présentés à MAAF SANTE dans un délai maximum de 6 mois après paiement par la Sécurité sociale.

Prestations non prises en charge par la Sécurité sociale	
Nature de la prestation	Justificatifs**
<ul style="list-style-type: none"> ■ ostéodensitométrie ■ ostéopathie ■ chiropractie ■ prothèses mammaire et capillaire ■ consultations diététiques 	} facture du praticien
Pharmacie : <ul style="list-style-type: none"> ■ pilule contraceptive ■ médicaments achetés en pharmacie sans ordonnance ■ vaccins ■ tests et auto-tests de dépistage 	
<ul style="list-style-type: none"> ■ sevrage tabagique prescrit ■ crèmes solaires prescrites 	} ordonnance + facture du pharmacien
<ul style="list-style-type: none"> ■ préservatifs 	facture d'achat

** Ces justificatifs doivent, sauf cas de force majeure, être présentés à MAAF SANTE dans un délai maximum de 6 mois après paiement de la facture.

APPAREILLAGES ET PROTHÈSES : LES GARANTIES

LES GARANTIES SONT EXPRIMÉES **AVEC LA PARTICIPATION DE LA SÉCURITÉ SOCIALE** (ou tout autre régime d'assurance maladie obligatoire).

MAAF SANTE intervient dans la limite des frais engagés, après participation de la Sécurité sociale française.

APPAREILLAGES ET PROTHÈSES	Niveau 1	Niveau 2	Niveau 3	Niveau 4
■ Dentaire (1)				
- Couronnes prises en charge par la Sécurité sociale :				
• métallique	100 % BR	100 % BR + 81 €	100 % BR + 122 €	100 % BR + 122 €
• à incrustation vestibulaire	100 % BR	100 % BR + 81 €	100 % BR + 138 €	100 % BR + 229 €
• céramo-métallique	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 €	250 €
- Implantologie (2)	-	-	520 €	800 €
- 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 €
■ Optique (4)				
- Lunettes (1 monture + 2 verres) 1 paire par an achetées chez un opticien partenaire du réseau Santéclair (Métropole uniquement)				
• Monture adulte	2,84 €	72,84 €	102,84 €	132,84 €
• Monture enfant	30,49 €	70,49 €	90,49 €	110,49 €
• Verres hors traitements	100 % BR	REMBOURSEMENT INTÉGRAL	REMBOURSEMENT INTÉGRAL	REMBOURSEMENT INTÉGRAL
• Traitements des verres remboursement intégral sur traitements suivants :				
> Anti-rayures		Oui	Oui	Oui
> Aminci (5)		Oui avec Offreclair (6)	Oui	Oui
> Anti-reflets			Oui avec Offreclair (6)	Oui
> Teinte fixe et teinte variable à la lumière				Oui avec Offreclair (6)
- Lunettes (1 monture + 2 verres) 1 paire par an achetées chez un autre opticien (en magasin ou sur internet)				
• Monture (adulte et enfant) (7)	} 100 % BR	} 100 % BR + 92 €	} 100 % BR + 138 €	} 100 % BR + 200 €
• Verres (y compris traitements)				
- Lentilles prises ou non en charge par la Sécurité sociale (8)	100 % BR	100 % BR + 92 €	100 % BR + 107 €	100 % BR + 153 €
- Chirurgie réfractive non prise en charge par la Sécurité sociale	-	-	150 €/œil	250 €/œil
■ Autres appareillages				
- Achat fauteuil roulant (3)	100 % BR	100 % BR + 500 €	100 % BR + 1 500 €	100 % BR + 2 000 €
- Appareillages auditifs	100 % BR	250 % BR	300 % BR	350 % BR
- Grand appareillage (3) (achat lit médicalisé, achat chaussures orthopédiques...)	100 % BR	100 % BR	100 % BR	350 % BR

Pour bien comprendre :

BR : (base de remboursement) : tarif servant de référence à la Sécurité sociale pour déterminer le montant de son remboursement.

APPAREILLAGES ET PROTHÈSES : LES GARANTIES

Précisions importantes sur les garanties MAAF SANTE :

En dentaire

Les forfaits, qui sont des forfaits par assuré, sont **des forfaits annuels par année mobile**, 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 (ex 122 € pour une couronne métallique en niveau 3) sont versés lors de chaque pose dans une limite annuelle (voir tableau ci-dessous).

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

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

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

(3) La Sécurité sociale rembourse 100 % de la base de remboursement. MAAF SANTE verse un supplément selon le niveau souscrit.

En optique

Les forfaits, qui sont des forfaits par assuré, sont **des forfaits par année civile** valables du 1^{er} janvier au 31 décembre.

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

(5) Le niveau d'aminci pris en charge par MAAF SANTE est défini par votre défaut de vision :

pour les verres organiques

défaut de vision	indice (niveau d'aminci)
sphère* de 0.00 à 2.00	1,5
sphère* de 2.25 à 4.00	≤ 1,66
sphère* de 4.25 à 6.00	< 1,7
sphère* ≥ 6.25	≥ 1,7

pour les verres minéraux

défaut de vision	indice (niveau d'aminci)
sphère* de 0.00 à 2.00	< 1,53
sphère* de 2.25 à 4.00	< 1,61
sphère* de 4.25 à 6.00	< 1,71
sphère* de 6.25 à 8.00	< 1,81
sphère* ≥ 8.25	≥ 1,81

avec l'Offreclair uniquement pour les verres organiques

défaut de vision	indice (niveau d'aminci)
sphère* de 0.00 à 2.00	1,5
sphère* de 2.25 à 4.00	≤ 1,6
sphère* ≥ 4.25	≤ 1,67

* Sur votre ordonnance optique, la valeur qui suit directement la notion OD (œil droit) et OG (œil gauche) correspond à la sphère.

(6) Offreclair : vous bénéficiez du remboursement intégral sur un traitement supplémentaire pour une gamme de verres sélectionnés par les opticiens partenaires du réseau Santéclair proposant cette offre.

(7) Monture Adulte : BR : 2,84 €

Enfant : BR : 30,49 €

Pour les verres, il existe différentes bases de remboursement pour les adultes et les enfants.

(8) Pour les lentilles non prises en charge par la Sécurité sociale, MAAF SANTE ne verse que le forfait.

Autres appareillages

Les forfaits, qui sont des forfaits par assuré, sont **des forfaits par année civile valables du 1^{er} janvier au 31 décembre**.

(3) La Sécurité sociale rembourse 100 % de la base de remboursement. MAAF SANTE verse un supplément selon le niveau souscrit.

Les services associés :

- avantages tarifaires et services privilégiés auprès des professionnels de santé du réseau de notre partenaire Santéclair (opticiens, chirurgiens-dentistes, orthodontistes, stomatologues, audioprothésistes) sur présentation de votre attestation de Tiers payant,
- mise à votre disposition des coordonnées de cliniques partenaires spécialisées dans la chirurgie réfractive,
- tiers payant auprès des professionnels de santé du réseau de notre partenaire Santéclair afin de vous éviter de faire l'avance des frais,
- analyse des devis optique, dentaire et audioprothèse émis par votre praticien non partenaire.

Détail de tous ces services dans le guide "Au cœur de la santé" que MAAF SANTE vous adresse avec vos Conditions particulières ou fiche personnalisée d'assurance complémentaire santé.

APPAREILLAGES ET PROTHÈSES : LES GARANTIES

Si des prestations restent à votre charge, vous devez fournir les documents suivants à MAAF SANTE pour obtenir le remboursement :

Prestations prises en charge par la Sécurité sociale	
Nature de la prestation	Justificatifs*
Dentaire : ■ couronnes	décompte de la sécurité sociale + facture du dentiste précisant les montants et les matériaux (niveaux 3 et 4)
■ prothèses ■ orthodontie	} décompte de la Sécurité sociale
Optique : ■ lunettes	
■ lentilles	décompte de la Sécurité sociale
Appareillages : ■ achat fauteuil roulant ■ appareils auditifs ■ grand appareillage (achat lit médicalisé, chaussures orthopédiques...)	} décompte de la Sécurité sociale et facture des frais réglés

* Ces justificatifs doivent, sauf cas de force majeure, être présentés à MAAF SANTE dans un délai maximum de 6 mois après paiement par la Sécurité sociale.

Prestations non prises en charge par la Sécurité sociale	
Nature de la prestation	Justificatifs**
Dentaire : ■ prothèses ■ implantologie ■ orthodontie	} facture du praticien
Optique : ■ lentilles	
■ chirurgie réfractive	facture de la clinique

** Ces justificatifs doivent, sauf cas de force majeure, être présentés à MAAF SANTE dans un délai maximum de 6 mois après paiement de la facture.

ASSISTANCE SANTÉ À DOMICILE

Les garanties ci-après entrent en jeu à la suite d'un accident ou d'une maladie soudaine, imprévue et aiguë, non chronique, survenus après la date de prise d'effet du contrat.
Est considérée comme imprévue toute hospitalisation devant avoir lieu dans un délai d'un mois à compter de la déclaration de la maladie.

Vous avez choisi MAAF SANTE comme Mutuelle complémentaire : ces garanties s'adressent à vous-même, à votre conjoint (de droit ou de fait), à vos enfants à charge ainsi qu'à vos parents s'ils habitent sous votre toit.

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

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

Le Samu centre : 15 Les pompiers : 18

Appel d'Urgence : 112 (valable dans l'ensemble de l'Union Européenne)

**Vous avez besoin d'Assistance Santé à domicile, de conseils médicaux,
d'informations d'ordre social ?**

MAAF ASSISTANCE est à votre écoute 24H/24 - 7J/7

Munissez vous de votre Numéro de Sociétaire et appelez le :

 **N° Vert 0 800 16 17 18**

(appel gratuit à partir d'un poste fixe)

Si vous êtes à l'étranger, appelez le :

+33 5 49 16 17 18

**Si vous êtes sourd ou malentendant,
vous pouvez communiquer avec MAAF Assistance :**

par SMS au 06 78 74 53 72

par fax au 01 47 11 71 26

ASSISTANCE SANTÉ À DOMICILE

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	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	Transport en ambulance	Aide aux démarches	Garde à domicile des enfants malades ou accidentés	Livraison de médicaments	Services (portage d'espèces, de repas, de courses, coliflore à domicile)	Assistance psychologique	Ergothérapeute	Aide à l'organisation des obsèques	Avance des frais d'obsèques
● Hospitalisation soudaine et imprévue dès le 1 ^{er} jour	●	●			●	●		●	●	●							
● Hospitalisation soudaine et imprévue d'au moins 3 jours	●	●	●		●	●		●	●	●							
● Séjour en maternité d'au moins 6 jours		●	●		●			●	●	●							
● Immobilisation soudaine et imprévue au domicile d'au moins 6 jours	●	●	●			●		●	●	●							
● Immobilisation soudaine et imprévue au domicile d'au moins 3 jours des enfants de moins de 16 ans								●	●	●	●						
● Maladies graves*			●							●		●	●	●			
● Traitements médicaux lourds**	● (1)	● (1)	●	●						●		●	●	●			
● Événements traumatisants										●				●			
● Accidents 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, 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.

- * - 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)

- ** - Trithérapie
 - Quadrithérapie
 - Chimiothérapie (uniquement réalisée en milieu hospitalier)
 - Radiothérapie

(1) uniquement en cas de traitement par chimiothérapie et radiothérapie.

➔ ASSISTANCE SANTÉ À DOMICILE

📌 DÉTAILS DES PRESTATIONS

Les garanties décrites ci-après sont accordées si le bénéficiaire remplit les conditions de mise en œuvre (cf tableau p. 14).

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 l'assuré ou son conjoint pour s'en occuper au domicile (France métropolitaine ou même département pour les DOM, train 1^{ère} classe ou avion de ligne classe économique),
Ou
- Déplacement aller/retour des parents auprès de proches susceptibles de les accueillir (France métropolitaine ou même département pour les DOM, train 1^{ère} classe ou avion de ligne 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 l'assuré ou son conjoint pour les garder à domicile (France métropolitaine ou même département pour les DOM, train 1^{ère} classe ou avion de ligne classe économique),
Ou
 - Déplacement aller/retour des enfants ainsi que d'un adulte les accompagnant auprès de proches susceptibles de les accueillir (France métropolitaine ou même département pour les DOM, train 1^{ère} classe ou avion de ligne 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 et leur retour au domicile par une personne habilitée par nos soins, 2 fois par jour, dans la limite de 5 journées, réparties sur une période d'un mois (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.

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

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

Aide à domicile élargie

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

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

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

- Jusqu'à 1 mois.

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

- Transport et hébergement jusqu'à 1 mois, chez une personne désignée par l'assuré 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 pour les DOM, train 1^{ère} classe ou avion de ligne 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'évènement 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.

Transports

- 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.

➔ ASSISTANCE SANTÉ À DOMICILE

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.

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

- Déplacement aller/retour d'un proche désigné par l'assuré ou son conjoint pour garder les enfants malades ou accidentés à domicile (France Métropolitaine ou même département pour les DOM, train 1^{ère} classe ou avion de ligne 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.

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'évènement :

- 1 à 5 entretiens téléphoniques individuels avec un psychologue clinicien,
- Si nécessaire 1 à 3 entretiens en face à face avec un psychologue clinicien.

Organisation et mise à disposition d'un ergothérapeute

- Evaluation 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'évènement. Elles s'appliquent dès le 1^{er} jour.
- Lors de la mise en jeu des prestations, nous pourrions éventuellement être amenés à vous demander certains justificatifs.

→ CE QUE VOUS DEVEZ SAVOIR

→ L'OBJET DE LA GARANTIE

→ Votre mutuelle a pour objet :

- D'allouer à ses sociétaires et aux assurés désignés au contrat des prestations en cas de maladie, chirurgie, maternité, accident, ainsi que des indemnités journalières en cas d'hospitalisation, en fonction de plusieurs modules (Hospitalisation, Soins courants, Appareillages et Prothèses, Indemnité journalière hospitalisation) et plusieurs niveaux de remboursements (de 1 à 4).
- De rembourser les dépenses de maladie dans la limite des frais engagés par le sociétaire.
- Etendue territoriale :

MAAF SANTE intervient seulement après participation d'un régime d'Assurance maladie obligatoire Français.

Pour les soins à l'étranger, toute demande de remboursement générée par un événement survenu de façon imprévue sera traitée à partir :

- du décompte du régime obligatoire Français lors d'un séjour dans un pays hors UE (union européenne),
- de la facture mentionnant les actes dispensés traduits en français et le montant de la part laissée à la charge de l'assuré exprimé en Euros, lors d'un séjour dans un pays de l'UE.

→ PRÉCISIONS SUR CERTAINES GARANTIES

→ L'option Indemnité journalière hospitalisation

C'est une indemnité qui permet de faire face, en cas d'hospitalisation d'un assuré dans un hôpital ou une clinique, aux frais annexes : achat de revues, livres, jeux pour les enfants, frais de transport d'un proche, communications téléphoniques, garde des enfants...

Cette option doit toujours être souscrite avec un contrat complet (Hospitalisation - Soins courants - Appareillages / Prothèses).

L'assuré choisit parmi 3 niveaux de garanties.

L'indemnité est versée :

- en cas de maladie ou de maternité à partir du 1^{er} jour d'hospitalisation si celle-ci dure plus de 3 jours,
- en cas d'accident : à partir du 1^{er} jour d'hospitalisation, quelle que soit sa durée.

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

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

Si le contrat est résilié et que seule l'option indemnité journalière hospitalisation est conservé, elle ne peut être supérieure au niveau 1.

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.

→ La garantie "Dispense de paiement"

Modalités d'application

En cas de décès du sociétaire ou de son conjoint assuré MAAF SANTE, tous les bénéficiaires présents au contrat à la date du décès sont dispensés du paiement de leur cotisation pendant 12 mois, cette période commençant au plus tôt le lendemain du jour du décès.

Cette dispense concerne également les enfants à naître ou le (la) conjoint(e) assuré(e) sur un autre contrat souscrit auprès de MAAF SANTE.

L'ouverture des droits à garantie est effective :

- sans délai si le décès résulte d'un accident,
- après 12 mois de présence à MAAF SANTE si le décès du sociétaire 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 MAAF SANTE).

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).

→ CE QUE VOUS DEVEZ SAVOIR

☞ VOTRE CONTRAT

Votre contrat est conclu dès qu'il a fait l'objet d'un accord entre vous et nous.

Cet accord porte sur les INFORMATIONS déclarées, les GARANTIES que vous avez choisies et la COTISATION correspondante.

Votre contrat se compose :

- des Conditions Générales. Il s'agit du présent document,
- des Conditions Particulières ou fiche personnalisée d'assurance complémentaire santé.

☞ VOTRE DÉCLARATION

Pour nous permettre de vous proposer les garanties adaptées à votre situation et de calculer la cotisation correspondante vous devez :

À LA SOUSCRIPTION

Répondre avec exactitude aux questions posées dans les documents de souscription.

EN COURS DE CONTRAT

Nous déclarer, dans un délai de 15 jours à partir du moment où vous en avez eu connaissance, toutes les modifications du risque concernant le souscripteur et/ou le(s) bénéficiaire(s) :

- changement de régime,
- changement de domicile,
- décès.

Si ces changements modifient le montant de votre cotisation, une réévaluation de cette dernière sera effectuée.

☞ L'ENTRÉE EN VIGUEUR DU CONTRAT

Votre contrat est valable à compter de la date d'effet indiquée sur votre fiche personnalisée d'assurance complémentaire santé (Conditions Particulières), sous la condition de l'encaissement effectif, par nous, du montant de la cotisation due par le souscripteur qui comprend également celle des bénéficiaires désignés au contrat.

Cette date se situera au plus tôt le lendemain de la date de la signature de votre contrat.

En cas de modification de votre contrat, une nouvelle fiche personnalisée d'assurance complémentaire santé (Conditions Particulières) indiquant la date d'effet et la nature de la modification vous sera remise.

☞ LA DURÉE DE VOTRE CONTRAT

Sauf mention contraire indiquée sur votre fiche personnalisée d'assurance complémentaire santé (Conditions Particulières), votre contrat est souscrit jusqu'au 31 décembre de l'année de sa prise d'effet et il est reconduit automatiquement d'année en année sauf dénonciation par l'une des parties dans les conditions prévues p 20.

☞ LES CONDITIONS D'ADHÉSION

■ Peuvent adhérer à MAAF SANTE, les personnes qui remplissent les conditions suivantes :

- être ressortissant d'un régime d'assurance maladie obligatoire français,
- toute personne âgée de + de 70 ans à l'adhésion doit justifier de son appartenance à une autre Mutuelle ou Société d'Assurances, sur présentation d'un justificatif indiquant que la radiation n'est pas supérieure à 3 mois.

■ Précisions :

- les personnes âgées de plus de 65 ans et résidant en Métropole ne peuvent pas souscrire l'option Indemnité journalière hospitalisation,
- les personnes résidant dans les départements d'Outre-Mer ne peuvent pas souscrire l'option Indemnité journalière hospitalisation.

☞ L'OUVERTURE DES DROITS

À L'ADHÉSION

L'application de délais d'attente diffère l'ouverture des droits de :

- 3 mois pour toutes les garanties du module Soins courant (hors cure), l'optique, l'auditif, les autres appareillages et l'option Indemnité Journalière Hospitalisation lorsqu'elle est liée à une maladie,
- 6 mois pour toutes les garanties du module hospitalisation (y compris la maternité), la prothèse dentaire, l'implantologie, l'orthodontie et la cure thermale (pour tout traitement commencé après la date d'ouverture des droits).

Les règles d'application des délais d'attente :

Niveaux 1 et 2	Niveaux 3 et 4
Pas de délais d'attente	Indemnisation sur la base du niveau 2 pendant la durée d'application des délais d'attente

La dérogation à l'application des délais d'attente :

Il y a application immédiate des garanties pour des soins consécutifs à un accident survenu après la date d'effet du contrat.

➔ CE QUE VOUS DEVEZ SAVOIR

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.

Un changement de garanties à la hausse est possible à tout moment.

Un changement de garanties à la baisse est possible après au moins 12 mois de présence dans la formule précédemment souscrite.

Les nouvelles garanties s'appliquent immédiatement.

MAAF SANTE accepte l'adjonction d'un assuré sur le contrat du sociétaire 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 d'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.

➔ ATTESTATION DE TIERS PAYANT

MAAF SANTE envoie une attestation de tiers payant permettant à l'assuré de justifier de son appartenance à la mutuelle et de ne pas faire l'avance des frais chez le pharmacien, le radiologue, au laboratoire, à l'hôpital, à la clinique... et auprès des professionnels du réseau partenaire Santéclair.

Cette attestation est adressée dans les 7 jours qui suivent la demande d'adhésion à MAAF SANTE.

Si l'assuré ne subit pas de délais d'attente, elle sera valable jusqu'au 31/12 de l'année en cours.

Si l'assuré bénéficie de garanties de niveau 2 pendant les délais d'attente, il recevra une attestation mentionnant uniquement les garanties acquises. Au fur et à mesure de l'ouverture de ses droits, il recevra une nouvelle attestation tenant compte de l'évolution de sa situation.

Aux environs du 15 décembre de chaque année, il recevra une nouvelle attestation avec une période de validité du 1^{er} janvier au 31 décembre de l'année suivante.

A chaque évolution des garanties de son contrat ou de sa situation personnelle, une nouvelle attestation lui sera adressée prenant en compte ce changement et sa date d'effet.

➔ COTISATION

Il s'agit du prix des garanties que vous avez choisies pour assurer le risque déclaré.

Le montant de votre cotisation est indiqué sur votre fiche personnalisée d'assurance complémentaire santé (Conditions Particulières).

Le montant de votre cotisation vous sera également indiqué lors de chaque avis d'échéance.

➔ CALCUL DE LA COTISATION

La cotisation est fonction de quatre critères : le régime, le niveau de garantie, l'adresse de l'assuré, l'âge (en cours de contrat, la cotisation évolue en fonction de cet âge). Elle est révisable en cours d'année ou à chaque échéance annuelle pour tous les assurés.

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 de l'assuré.

Les assurés sont classés en 12 tranches d'âges : 0 à 20 ans, 21-25 ans, 26-30 ans, 31-35 ans, 36-40 ans, 41-45 ans, 46-50 ans, 51-55 ans, 56-60 ans, 61-65 ans, 66-70 ans, plus de 70 ans.

Pour un sociétaire ayant au moins 3 enfants de 0 à 20 ans assurés, la gratuité est accordée à partir du troisième.

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

➔ 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.

Du fait des dispositions réglementaires :

- 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 de tranche d'âge,
- un accroissement de la sinistralité générale (fréquence et/ou du coût des sinistres).

➔ CE QUE VOUS DEVEZ SAVOIR

➔ CONDITIONS DE RÈGLEMENT DE LA COTISATION

A la date d'échéance fixée au 1^{er} janvier, vous devez régler votre cotisation qui comprend notamment :

- votre cotisation annuelle proprement dite,
- les frais de fractionnement*,
- les frais d'échéance qui correspondent à des dépenses liées aux échéances de paiement de votre cotisation. Ces frais sont indiqués sur votre avis d'échéance,
- les taxes (le détail figure sur votre avis d'échéance).

Votre cotisation peut être réglée en plusieurs fractions.

* Les frais de fractionnement, intégrés dans le montant de votre cotisation, représentent un pourcentage du montant de votre cotisation qui diffère lorsque vous avez souhaité une périodicité de paiement autre qu'annuelle.

Les frais de fractionnement correspondent à :

- 4 % du montant total de votre cotisation proprement dite si vous réglez votre cotisation chaque mois,
- 3 % en cas de règlement trimestriel de votre cotisation,
- 2 % en cas de règlement semestriel de votre cotisation.

Dans le cas d'un règlement mensuel, la cotisation est payable obligatoirement par prélèvement automatique sur compte bancaire ou postal. Pour un paiement trimestriel, les échéances sont fixées au 1^{er} janvier, 1^{er} avril, 1^{er} juillet et 1^{er} octobre. Pour un paiement semestriel, les échéances sont fixées au 1^{er} janvier et au 1^{er} juillet.

Pour percevoir leurs prestations, les sociétaires doivent être à jour de leurs cotisations et de celles des membres de leur famille qu'ils ont désignés comme assurés.

➔ SUBROGATION

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

➔ PRESCRIPTION

Toutes les actions concernant le contrat doivent être exercées dans les 2 ans suivant l'événement qui leur donne naissance.

Si l'action porte sur des prestations accordées ou refusées, le délai commence à compter du paiement ou de la décision de refus de paiement des dites prestations.

➔ RADIATION

➔ PAR LE SOUSCRIPTEUR

Vous pouvez dénoncer votre contrat, par lettre recommandée, à l'expiration d'un délai d'un an moyennant un préavis de 2 mois avant la date d'échéance.

➔ PAR MAAF SANTE

Nous pouvons dénoncer votre contrat :

- lorsque seule demeure sur le contrat l'option Indemnité Journalière et que le dernier bénéficiaire présent a atteint ses 70 ans. Dans ce cas, la radiation a lieu de plein droit au 31 décembre de l'année des 70 ans, et ce conformément aux statuts qui subordonnent l'adhésion à certaines conditions,
- en cas de non paiement de la cotisation à la date prévue, à défaut de paiement d'une fraction de cotisation dans les 10 jours de son échéance, toutes les fractions non encore payées de l'année d'assurance en cours deviennent immédiatement exigibles.

Si vous ne réglez pas votre cotisation ou fraction de cotisation dans les 10 jours de son échéance, VOTRE CONTRAT SERA SUSPENDU 30 jours après que nous vous ayons envoyé une lettre recommandée de mise en demeure si vous n'avez pas réglé la totalité des sommes dues, y compris les frais de mise en demeure, pendant ce délai.

Toujours en l'absence de règlement intégral après ce délai de 30 jours, votre contrat sera résilié 10 jours après la date de suspension par notification sur la lettre de mise en demeure.

Le contrat non résilié reprend ses effets le lendemain à midi du jour où nous avons reçu le règlement de l'intégralité des sommes dont vous êtes redevables.

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.

Aucune prestation ne peut être servie après la date d'effet de la résiliation, sauf celles pour lesquelles les conditions d'ouverture du droit étaient entièrement réunies avant la date de suspension.

➔ LES DISPOSITIONS GÉNÉRALES

➔ LE DROIT APPLICABLE (article L225-2 du Code de la Mutualité)

La langue et la loi qui sont applicables entre vous et nous sont françaises.

Ce contrat est régi par le Code de la Mutualité. L'autorité chargée du contrôle de votre mutuelle est l'Autorité de Contrôle Prudentiel, 61 rue Taitbout, 75436 PARIS CEDEX 09.

→ CE QUE VOUS DEVEZ SAVOIR

→ LE SERVICE CONSOMMATEURS

Les observations que vous êtes susceptible de formuler au sujet du contrat sont examinées à notre siège social par notre service consommateurs. Il vous informera des modalités de traitement de ces réclamations.

→ LA COMMUNICATION DES INFORMATIONS

Comme le prévoit la Loi Informatique et Libertés du 6 janvier 1978 modifiée, vous disposez d'un droit d'accès, de rectification et d'opposition sur les informations vous concernant. Ces informations sont destinées à MAAF SANTE, responsable du traitement, à des fins de gestion et de suivi de vos contrats, d'analyse et d'exploitation commerciale. Elles pourront être transmises aux entités du Groupe Mutuel MAAF et aux partenaires contractuellement liés.

Vous disposez du droit de vous opposer à ce que ces données fassent l'objet d'un traitement à des fins de prospection ou soient transmises à des tiers.

Si vous souhaitez exercer vos droits ou obtenir des informations complémentaires il vous suffit d'écrire à MAAF SANTE - Coordination informatique et libertés - Chauray - 79036 NIORT cedex 9 ou nous adresser un e-mail à coordonateur.cnil@maaf.fr.

→ LES INFORMATIONS PARTICULIÈRES LIÉES À LA VENTE À DISTANCE

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

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

Vous disposez 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 vous avez reçu les présentes conditions générales et particulières si cette date est postérieure à celle de la prise d'effet du contrat.

Le droit de renonciation ne s'applique toutefois pas si le contrat a été exécuté intégralement par les deux parties à votre demande expresse avant que vous n'exerciez votre droit à renonciation. En cas de renonciation, MAAF SANTE conservera la portion de cotisation perçue afférente à la période couverte.

Votre contrat sera résilié à la date de la réception de votre lettre.

Vous devez notifier votre demande à l'adresse du siège social de MAAF SANTE par lettre recommandée avec demande d'avis de réception. Cette demande intégrera la phrase suivante :

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

Délai de Renonciation au contrat souscrit dans le cadre d'un démarchage au domicile du souscripteur ou sur son lieu de travail

En tant que personne physique, si vous avez fait l'objet d'un démarchage à votre domicile, à votre résidence ou sur votre lieu de travail, même à votre demande, et avez signé dans ce cadre un contrat à des fins qui n'entrent pas dans le cadre de votre activité commerciale ou professionnelle, vous avez la faculté d'y renoncer par lettre recommandée avec demande d'avis de réception 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.

Votre contrat sera résilié à la date de la réception de votre lettre.

Vous devez notifier votre volonté de renoncer par courrier à l'adresse du siège social de MAAF SANTE. Cette demande intégrera la phrase suivante :

« Je soussigné <votre nom et prénom > exerce mon droit de renonciation prévu par l'article 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 -----».

Un réseau de professionnels de santé vous aide à maîtriser vos dépenses sur les postes les plus coûteux tels que l'optique, le dentaire et l'audioprothèse.

Ce réseau est composé d'opticiens, de chirurgiens-dentistes, d'audioprothésistes et de diététiciennes qui se sont engagés contractuellement sur de bonnes pratiques professionnelles et sur des tarifs négociés.

Vous bénéficiez également de services en ligne vous permettant d'accéder à des sites d'information hospitalière, d'aide à l'automédication, d'accompagnement au sevrage tabagique ou encore de nutrition.

Ces services sont proposés par notre partenaire Santéclair :

**Une équipe de conseillers est à votre service
du lundi au vendredi de 9h à 19h30 et le samedi jusqu'à 17h
au 0 800 838 838**

(appel gratuit d'un poste fixe - surcoût éventuel selon opérateur)

Plus de détails vous sont communiqués dans le guide "Au cœur de la santé" que MAAF SANTE vous adresse avec vos conditions particulières ou fiche personnalisée d'assurance complémentaire santé.

A **Accessoire** : 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

Accident : toute lésion corporelle médicalement constatée provenant de l'action violente, soudaine et imprévisible d'une cause extérieure.

Ambulatoire : hospitalisation dans un établissement de santé ou 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'aides à la vie ou nécessaires à certains traitements : pansements, orthèses, attelles, prothèses externes, fauteuils roulants, lits médicaux, béquilles...

La plupart des complémentaires santé distinguent les équipements d'optique et les prothèses auditives du reste de l'appareillage.

Synonyme : dispositifs médicaux (DM).

Assurance Maladie Obligatoire (AMO) : régimes obligatoires couvrant tout ou une partie des dépenses liées à la maladie, à la maternité et aux accidents.

Synonymes : régimes obligatoires (de protection sociale) (RO), Sécurité sociale

Assurance Maladie Complémentaire (AMC) : ensemble des garanties assurant la prise en charge, à titre individuel ou collectif, pour une personne ou sa famille, de tout ou partie des frais liés à la santé, en complément ou en supplément des prestations de l'assurance maladie obligatoire.

Synonymes : organisme d'assurance maladie complémentaire (OCAM), complémentaire santé.

Assuré : Personne physique ou morale au profit de laquelle la complémentaire santé a été souscrite.

L'assuré est la personne sur laquelle le risque repose, qui utilise les soins de santé et qui bénéficie des prestations définies par MAAF SANTE.

Synonyme : Bénéficiaire.

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

Auxiliaires médicaux : professionnels paramédicaux - à savoir principalement les infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, orthophonistes, orthoptistes, pédicures-podologues... - dont les actes sont remboursés, sous certaines conditions, par l'assurance maladie obligatoire.

Synonyme : professionnel paramédical.

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 (TC) 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 (TA) 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 au tarif de convention,

- tarif de responsabilité (TR) pour les médicaments, appareillages et autres biens médicaux.

Synonymes : tarif de responsabilité (TR), tarif de convention (TC), tarif d'autorité (TA), base de remboursement de la Sécurité sociale (BRSS), base de remboursement de l'assurance maladie obligatoire.

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 l'assurance maladie complémentaire.

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 vue, de la myopie, kératotomie radiaire.

Contrat "responsable et solidaire" : la très grande majorité des complémentaires santé sont « responsables et solidaires ». Cette caractéristique vous sera toujours indiquée.

La loi qualifie une 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 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).

Les complémentaires santé « responsables » remboursent au minimum :

- 30 % du tarif des consultations du médecin traitant (ou du médecin vers lequel il vous a orienté) dans le cadre du parcours de soins coordonnés,
- 30 % du tarif des médicaments remboursables à 65 % par l'assurance maladie obligatoire (vignettes blanches),
- 35 % du tarif des examens de biologie médicale prescrits par le médecin traitant (ou le médecin vers lequel il vous a orienté),
- le ticket modérateur d'au moins deux prestations de prévention fixées par la réglementation.

En revanche, elles 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).

D **délai d'attente** : période au cours de laquelle une garantie ne s'applique pas - ou de manière limitée - bien que l'assuré cotise. Elle commence à courir à compter du jour de la souscription ou de l'adhésion à la complémentaire santé.

Synonymes : délai ou clause de stage, délai de carence.

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 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.

F **forfait journalier hospitalier** : somme due pour tout séjour hospitalier d'une durée supérieure à 24h dans un établissement de santé.

Il s'agit d'une participation forfaitaire du patient aux frais d'hébergement et d'entretien entraînés par son hospitalisation. Au 1^{er} janvier 2010, son montant est de 18 € par jour pour un séjour hospitalier en médecine, chirurgie ou obstétrique. Il est de 13,50 € par jour pour un séjour en psychiatrie.

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.

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

Forfait "18 euros" : participation forfaitaire de 18 € à la charge de l'assuré qui s'applique sur les actes pratiqués en ville ou en établissement de santé dont le tarif est égal ou supérieur à un montant fixé par l'Etat (91 € en 2010, 120 € en 2011), ou dont le coefficient (multiplicateur utilisé par l'assurance maladie obligatoire pour calculer le tarif de cet acte) est égal ou supérieur à 50.

Certains actes ne sont pas concernés par le forfait à 18 € (radiodiagnostic, IRM, frais de transport d'urgence, actes pris en charge à 100 % du fait d'une ALD...).

Ce forfait est généralement pris en charge par l'assurance maladie complémentaire.

Synonyme : participation forfaitaire de 18 €.

Franchise : somme déduite des remboursements effectués par l'assurance maladie obligatoire sur les médicaments, les actes paramédicaux et les transports sanitaires depuis le 1^{er} 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 CMU Complémentaire et de l'Aide Médicale de l'Etat, femmes enceintes durant toute la durée de la grossesse.

Les franchises ne sont pas remboursées par les complémentaires santé « responsables ».

Voir également : contrat « responsable et solidaire ».

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,
- les frais d'appareillage (audioprothèse, fauteuil roulant...).

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.

Hospitalisation : désigne généralement un séjour dans un établissement de santé en vue du traitement médical d'une maladie, d'un accident ou d'une maternité.

L'hospitalisation à domicile (HAD) constitue une alternative à l'hospitalisation classique, et permet d'assurer des soins chez le patient.

Voir également : forfait journalier hospitalier, frais de séjour, frais d'accompagnement, forfait « 18 euros », chambre particulière.

I **mplantologie dentaire :** l'implantologie dentaire 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, mais peut en revanche être prise en charge par certaines complémentaires santé.

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.

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 anti-rayures, verres incassables...).

Le remboursement de l'assurance maladie obligatoire est très inférieur aux dépenses réelles. Par exemple, pour un adulte, il est de 1,85 € pour une monture (65 % de 2,84 €), et au maximum de 15,95 € par verre (65 % de 24,54 €) au 1^{er} janvier 2010.

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

Les prix des médicaments sans vignette sont libres et peuvent varier d'une pharmacie à l'autre. Ils ne sont pas remboursés par l'assurance maladie obligatoire. En revanche, les médicaments qui ont un prix fixé par le Comité économique des produits de santé (CEPS) sont identifiés par une vignette collée sur leur boîte, dont la couleur varie selon le niveau de remboursement :

- vignette blanche barrée pour les médicaments remboursés à 100 % par l'assurance maladie obligatoire : ils sont irremplaçables et particulièrement coûteux,
- vignette blanche pour les médicaments remboursés à 65 % par l'assurance maladie obligatoire : leur service médical rendu est majeur ou important,
- vignette bleue pour les médicaments remboursés à 35 % par l'assurance maladie obligatoire : leur service médical rendu est modéré,
- vignette orange pour les médicaments remboursés à 15 % par l'assurance maladie obligatoire : ils ont un service médical rendu faible ou insuffisant.

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

O **rthodontie :** 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.

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 6ème mois de grossesse,
- et des bénéficiaires de la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) ou de l'Aide médicale de l'État (AME).

Le nombre de participations forfaitaires est plafonné à quatre 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 responsable et solidaire.

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 qu'elles prévoient).

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.

Taux de remboursement de la sécurité sociale : taux appliqué par l'assurance maladie obligatoire sur la base

de remboursement pour déterminer le montant de son remboursement. Celui-ci peut être, le cas échéant, minoré de la franchise 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,
- 65 % 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.

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 vous ont délivrés.

Synonyme : dispense d'avance des frais.



la référence qualité prix

MAAF SANTE

MUTUELLE SOUMISE AUX DISPOSITIONS DU LIVRE II DU CODE DE LA MUTUALITÉ - RNM N° 331-542-142 - Code APE 6512 Z
Siège social : Chaban - 79180 CHAURAY - Adresse : Chaban de Chauray - 79036 NIORT Cedex 9 - www.maaf.fr