

MES BIENS

MA FAMILLE

MON ARGENT

**MON ACTIVITÉ
PROFESSIONNELLE**



SANTÉ COLLECTIVE

SANTÉ PROFIL SALARIÉS

CONDITIONS GÉNÉRALES



Assurance SANTÉ PROFIL SALARIÉS

Conditions Générales

réf. 01.01.17

OBJET DE L'ASSURANCE	p. 4
QUI PEUT ADHÉRER ET ÊTRE ASSURÉ ?	p. 4
DISPENSES D'ADHÉSIONS	p. 4
LES CONDITIONS D'ADMISSION	p. 4
LES GARANTIES : DÉFINITIONS ET ÉTENDUE	p. 4
■ Étendue des garanties	p. 4
TABLEAU DES FORMULES DE GARANTIES	p. 5
■ Précisions sur les garanties	p. 6
ASSISTANCE SANTÉ À DOMICILE	p. 8
■ Détails des prestations	p. 9
LES SERVICES	p. 13
ÉTENDUE TERRITORIALE	p. 14
L'ENTRÉE EN VIGUEUR DU CONTRAT ET DES GARANTIES	p. 14
DURÉE DU CONTRAT	p. 14
LE RÈGLEMENT DES PRESTATIONS	p. 14
LES LIMITES DES REMBOURSEMENTS	p. 15
LES OBLIGATIONS DE L'ENTREPRISE	p. 15
■ Les obligations de l'entreprise, souscriptrice, à l'égard de l'assureur	p. 15
■ Les obligations de l'entreprise, souscriptrice, à l'égard des assurés	p. 15
LES COTISATIONS	p. 16
■ Calcul de la cotisation	p. 16
■ Conditions de règlement de la cotisation	p. 16
■ Non paiement des cotisations	p. 16
LA SUBROGATION	p. 16
LA PRESCRIPTION	p. 16
LA CESSATION DES GARANTIES	p. 17
LE MAINTIEN DES GARANTIES	p. 17
LES DISPOSITIONS GÉNÉRALES	p. 19
■ Le droit applicable	p. 19
■ Le service réclamations	p. 19
■ La Protection des données personnelles	p. 19
LEXIQUE	p. 21

→ CE QUE VOUS DEVEZ SAVOIR

L'OBJET DE L'ASSURANCE

Les garanties du présent contrat sont assurées par MAAF Santé et sont régies par le Code de la Mutualité.

Le contrat a pour objet de garantir le remboursement des frais médicaux et chirurgicaux engagés par les bénéficiaires du contrat en complément des prestations en nature servies par un régime obligatoire maladie français, dans la limite des garanties et du niveau choisis par le souscripteur. Le remboursement des dépenses a un caractère indemnitaire et ne peut être supérieur au montant des frais restant à charge.

Le contrat est composé des Conditions Générales et des Conditions Particulières. Ces dernières précisent la nature et le niveau des garanties souscrites et décrivent les personnes assurées.

Ce contrat satisfait aux conditions exigées par la législation et la réglementation en vigueur pour répondre à la définition du contrat solidaire et responsable.

QUI PEUT ADHÉRER ET ÊTRE ASSURÉ ?

Le contrat peut être souscrit par toute entreprise située en France.

Il s'agit d'un contrat à adhésion obligatoire au sens de l'article 2 de la loi 89.1009 du 31 décembre 1989.

Il s'applique à l'ENSEMBLE DES SALARIÉS, y compris LES PERSONNES ASSIMILÉES À DES SALARIÉS au regard du Régime Général, ou à une catégorie objective du personnel du souscripteur conforme aux exigences législatives et réglementaires (sous réserve que l'ensemble du personnel bénéficie d'un régime frais de santé).

Au titre du présent contrat, les catégories pouvant être retenues sont les catégories cadres et non-cadres résultant de l'utilisation des définitions issues des dispositions des articles 4 et 4 bis de la convention nationale de retraite et de prévoyance des cadres du 14 mars 1947 et de l'article 36 de l'annexe I de cette convention.

Les bénéficiaires du contrat sont ceux désignés aux Conditions Particulières. Il peut s'agir de :

- l'assuré lui-même, membre du personnel du souscripteur,
- le conjoint non séparé de corps bénéficiant de la Sécurité sociale, du fait de l'affiliation de l'assuré ou d'une affiliation personnelle (régime général ou régime d'assurance maladie des professions indépendantes),
- les enfants à charge célibataires :
 - bénéficiant de la Sécurité sociale du fait de l'affiliation de l'assuré ou de celle du conjoint,
 - bénéficiant de la Sécurité sociale en tant qu'apprentis,
 - âgés de moins de 25 ans, s'ils justifient de la poursuite de leurs études et sont affiliés à la Sécurité sociale au titre du régime étudiant ou des assurés volontaires,

la couverture de l'étudiant étant prolongée jusqu'à son 26^{ème} anniversaire lorsqu'il bénéficie toujours, à cette date, du même régime de la Sécurité sociale, - âgés de moins de 26 ans, bénéficiant de la Sécurité sociale du fait d'une affiliation personnelle en tant que titulaire d'un contrat initiative emploi, emploi de solidarité, d'adaptation, d'orientation, de qualification ou d'un contrat de même type,

- les ascendants à charge, bénéficiant de la Sécurité sociale, du fait de l'affiliation de l'assuré, de celle du conjoint, ou d'une affiliation personnelle et vivant sous le même toit.

Remarques

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

DISPENSES D'ADHÉSIONS

Sous réserve des Dispenses d'adhésion prévues par l'Acte de mise en place du Régime et toutes dispositions légales ou réglementaires, les salariés du souscripteur, doivent obligatoirement être affiliés au présent Contrat.

LES CONDITIONS D'ADMISSION

Chaque salarié admissible doit compléter un bulletin individuel d'affiliation comportant les renseignements relatifs à son état civil et à celui des membres de sa famille appelés à bénéficier des garanties.

LES GARANTIES : DÉFINITIONS ET ÉTENDUE

→ Étendue des garanties

Le niveau de garantie, choisi parmi les différentes formules proposées p. 5, est indiqué sur les Conditions Particulières remises à l'entreprise. Les taux de remboursement comprennent la participation du régime obligatoire et de tout autre régime complémentaire ayant déjà effectué des remboursements pour tout ou partie.

TABLEAU DES FORMULES DE GARANTIES

Les garanties sont exprimées avec la participation de votre régime obligatoire.

	NIVEAU 1	NIVEAU 2	NIVEAU 3	NIVEAU 4	NIVEAU 5
HOSPITALISATION (1)					
■ Forfait journalier	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
■ Séjour	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
■ Soins et honoraires	100 % BR	150 % BR*	200 % BR*	200 % BR*	200 % BR*
■ Transport	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
■ Chambre particulière	45 € / nuit	60 € / nuit	90 € / nuit	120 € / nuit	120 € / nuit
■ Frais d'accompagnant (lit et repas).....	30 € / jour	30 € / jour	30 € / jour	30 € / jour	30 € / jour
■ Maternité :					
- Chambre particulière.....	45 € / nuit	60 € / nuit	90 € / nuit	120 € / nuit	120 € / nuit
- Prime naissance.....		150 €	200 €	250 €	350 €
SOINS COURANTS (2)					
■ Consultations, visites, actes médicaux.....	100 % BR	150 % BR*	200 % BR*	200 % BR*	200 % BR*
■ Auxiliaires médicaux.....	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
■ Analyses médicales	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
■ Radios (y compris l'ostéodensitométrie prise en charge par le RO).....	100 % BR	150 % BR*	200 % BR*	200 % BR*	200 % BR*
■ Ostéodensitométrie non prise en charge par le RO	40 €	40 €	75 €	75 €	75 €
■ Ostéopathie, chiropractie (4 séances/an)	10 €	20 €	30 €	40 €	40 €
■ Transport	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
■ Cure thermale prise en charge par le RO :					
- Forfait thermal, surveillance médicale.....	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
- Hébergement.....	100 % BR + 100 €	100 % BR + 200 €	100 % BR + 300 €	100 % BR + 400 €	100 % BR + 400 €
- Transport.....	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
PHARMACIE (3)					
■ Médicaments et accessoires (attelles, semelles.....)	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
■ Pilule contraceptive non prise en charge par le RO			45 €	60 €	60 €
■ Prothèse mammaire	100 % BR + 50 €	100 % BR + 100 €	100 % BR + 150 €	100 % BR + 200 €	100 % BR + 200 €
■ Prothèse capillaire.....	100 % BR + 50 €	100 % BR + 100 €	100 % BR + 150 €	100 % BR + 200 €	100 % BR + 200 €
OPTIQUE (4)					
■ Forfait lunettes (verres+monture+traitements) tous les deux ans (incluant 100 € pour une monture en niveau 1, 150 € à partir du niveau 2)					
Chez un opticien Partenaire qualité prix #					
Lunettes avec verres simples	200 €	250 €	300 €	350 €	400 €
Lunettes avec verres complexes	300 €	375 €	450 €	525 €	600 €
Chez un autre opticien					
Lunettes avec verres simples	125 €	175 €	225 €	275 €	325 €
Lunettes avec verres complexes	225 €	275 €	325 €	375 €	425 €
■ Lentilles (prises ou non en charge par le RO)	100 €	125 €	150 €	200 €	250 €
■ Chirurgie des troubles de la vision.....		150 €/œil	200 €/œil	300 €/œil	400 €/œil
DENTAIRE (5)					
■ Soins dentaires.....	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
■ Prothèses prises en charge par le RO	200 % BR	250 % BR	350 % BR	400 % BR	450 % BR
■ Prothèses non prises en charge par le RO.....		150 €	200 €	250 €	300 €
■ Implantologie.....		400 €	520 €	800 €	1000 €
■ Plafond annuel (pour les prothèses prises ou non en charge par le RO et les implants) pour la part dépassant le tarif conventionnel	600 €	800 €	1000 €	1500 €	2000 €
■ Traitement orthodontique pris en charge par le RO	150 % BR	200 % BR	250 % BR	300 % BR	400 % BR
■ Traitement orthodontique non pris en charge par le RO			350 €	400 €	500 €
APPAREILLAGES (6)					
■ Fauteuil roulant (achat).....	100% BR+500 €	100 % BR + 1000 €	100 % BR + 1500 €	100 % BR + 2000 €	100 % BR + 2000 €
■ Appareillages auditifs pris en charge par le RO.....	250 % BR	300 % BR	350 % BR	400 % BR	450 % BR
■ Autre appareillage (achat lit médicalisé, achat chaussures orthopédiques,...)	250 % BR	300 % BR	350 % BR	400 % BR	450 % BR
FORFAIT PRÉVENTION (7).....			90 €/an		
ASSISTANCE SANTÉ A DOMICILE			24 H / 24 ; 7 j / 7		
SERVICES Santéclair			oui		

* : Voir détails p. 6

: Tarifs négociés et remboursements majorés chez les opticiens Partenaires qualité prix. Professionnels du réseau Santéclair (RCS N° 428 704 977), partenaire de MAAF, accessibles selon implantation du réseau. Leurs coordonnées sont consultables en contactant un conseiller MAAF.

Les garanties sont celles en vigueur au 01.01.2017.

RO : Régime Obligatoire

BR : base de remboursement : tarif servant de référence au régime obligatoire pour déterminer le montant de son remboursement

→ CE QUE VOUS DEVEZ SAVOIR

Précisions sur les garanties

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 celui-ci s'ajoute à celui de MAAF Santé. Les forfaits exprimés par an s'entendent par assuré et par année civile (à l'exception du forfait Lunettes), c'est-à-dire du 1^{er} janvier au 31 décembre. Les remboursements sont toujours accordés dans la limite des frais réels engagés.

(1) Hospitalisation

- Les frais de chambre particulière et les frais d'accompagnant résultant de séjours dans un établissement psychiatrique ou neuropsychiatrique (en secteur public ou privé) sont exclus.
- Le forfait de 18 € appliqué sur les actes médicaux d'un montant ≥ à 120 € réalisés à l'hôpital ou en ville, est pris en charge intégralement.
- Une franchise de 2 €/transport est laissée à la charge du patient par le régime obligatoire. MAAF Santé ne la prend pas en charge.
- Toute naissance entraîne le versement d'une prime. Il n'est versé qu'une prime par foyer et en cas de naissances multiples, le versement se limite à 2 primes.
- En cas d'hospitalisation en ambulatoire, les frais de chambre particulière ne seront jamais pris en charge.
- * Les garanties sont majorées de 20 % de la base de remboursement pour les honoraires des médecins ayant adhéré au Contrat d'Accès aux Soins (CAS).

(2) Soins courants

Le présent contrat étant responsable :

- La participation forfaitaire laissée à votre charge par le régime obligatoire (1 € depuis le 01.01.2007) n'est pas prise en charge par MAAF Santé.
- 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.
- Les franchises de 0,50 € par acte médical et de 2 € par transport laissées à la charge du patient par le régime obligatoire ne sont pas prises en charge par MAAF Santé.
- Pour l'ostéopathie et la chiropractie, le forfait concerne 4 séances au choix par année civile.
- Les garanties "Cure thermale" sont acquises uniquement lorsque la cure est prise en charge par le régime obligatoire. La participation sur les frais d'hébergement sera attribuée uniquement sur la période de prise en charge de la cure thermale par le régime obligatoire. Toutefois, si ce dernier n'intervient pas pour le poste "Hébergement", MAAF Santé ne rembourse que le forfait supplémentaire (de 100 à 400 € selon le niveau souscrit).
- * Les garanties sont majorées de 20 % de la base de remboursement pour les honoraires des médecins ayant adhéré au Contrat d'Accès aux Soins (CAS).

(3) Pharmacie

- La franchise de 0,50 €/boîte de médicaments n'est pas prise en charge par MAAF Santé.
- Pour les accessoires et le petit appareillage, la Sécurité sociale rembourse à 60 % BR.
- Pour les prothèses mammaires et capillaires, la Sécurité sociale rembourse à 100 % BR. MAAF Santé intervient pour le supplément de 50 € à 200 € (selon le niveau souscrit).

(4) Optique

- Les garanties lunettes prennent en charge un forfait lunettes (monture + verres simples ou complexes + traitements).

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 ».

Pour tous les niveaux les 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'un 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.**

Lorsque l'achat a lieu chez un opticien Partenaire qualité prix vous pouvez bénéficier de forfaits majorés.

Il est impossible de cumuler le forfait lunettes chez un opticien Partenaire qualité prix et le forfait lunettes chez un autre opticien.

- Les lentilles de contact correctrices prises en charge ou non par le régime obligatoire.
- La chirurgie réfractive prend en charge les opérations de correction de la myopie, de l'hypermétropie et de l'astigmatie, hors cataracte et presbytie.

(5) Dentaire

- En ce qui concerne l'implantologie, il n'est versé qu'un seul forfait par assuré par an et le contrat ne prévoit qu'un seul remboursement forfaitaire, même si les soins pour un même implant sont réalisés sur 2 années civiles.
- En orthodontie, la Sécurité sociale rembourse à 100 % BR. MAAF Santé intervient pour le supplément de 50 % à 300 % (selon le niveau souscrit)

(6) Appareillages

Pour l'achat d'un fauteuil roulant et pour le grand appareillage, la Sécurité sociale rembourse à 100 % BR. MAAF Santé intervient pour le supplément.

(7) La prévention

MAAF Santé verse un forfait de 90 € maximum par an et par assuré couvrant les thèmes de prévention détaillés ci-après, pour lesquels la Sécurité sociale n'intervient pas.

→ CE QUE VOUS DEVEZ SAVOIR

Le forfait de 90 €

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

🔍 Garantie Assistance Santé à domicile

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

Est considérée comme imprévue toute hospitalisation devant avoir lieu dans un délai d'un mois à compter de la déclaration de la maladie.

Elles s'adressent à l'assuré, à son conjoint (de droit ou de fait), à ses enfants à charge ainsi qu'à ses parents s'ils habitent sous son 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, appeler en priorité les **services publics** :

Le Samu centre : 15

Les pompiers : 18

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

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	Aide aux démarches	Relais administratif	Livraison de médicaments	Services (portage d'espèces, de repas, de courses, coiffure à domicile)	Assistance psychologique maternité	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		●				●		●			●	●	●		●							
■ Naissances multiples ou séjour en maternité d'au moins 6 jours				●																		
■ Naissance d'un enfant					●																	
■ Immobilisation soudaine et imprévue au domicile d'au moins 6 jours	●	●				●			●	●●	●●	●●	●●		●●							
■ Accident ou maladie avec un arrêt de l'activité supérieur à 15 jours du TNS														●								
■ Immobilisation soudaine et imprévue au domicile d'au moins 3 jours des enfants de moins de 16 ans			●							●	●	●	●		●							
■ Hospitalisation soudaine et imprévue d'un enfant dès le 1 ^{er} jour			●																			
■ Traumatisme psychologique lié à la maternité																		●				
■ Maladies graves*							●								●●	●●	●●	●●				
■ Traitements médicaux lourds**	● (1)	● (1)					●	● (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.

(1) 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)

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

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

➔ ASSISTANCE SANTÉ À DOMICILE

➔ Détails des prestations

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

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

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

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

Ou

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

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. Pour les trajets dont la durée en train est inférieure à 5 heures il sera remis un billet de train 1^{ère} classe, pour les trajets dont la durée en train est supérieure à 5 heures il sera remis un billet d'avion classe économique),

Ou

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

Ou

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

Si aucune des solutions ci-dessus ne peut convenir :

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

Ou

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

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

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

Si la solution ci-dessus ne peut convenir :

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

Garde des autres enfants vivant au domicile

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

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

Ou

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

Si aucune des solutions ci-dessus ne peut convenir :

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

→ ASSISTANCE SANTÉ À DOMICILE

Relais maternité

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

Allo Infos Bébé

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

■ Santé :

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

■ Modes de garde :

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

■ Informations juridiques et administratives :

- Informations juridiques : la filiation légitime, naturelle, adoptive, autorité parentale, obligations alimentaires, assistance éducative, tutelle,
- Informations fiscales et démarches administratives : déclaration de naissance, remboursement de Sécurité sociale des 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 ou une travailleuse familiale :
 - jusqu'à 30 heures réparties sur 1 mois à raison de 2 heures minimum par intervention, dès le 1^{er} jour ou au retour au domicile.

Aide à domicile élargie

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

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

- Jusqu'à 1 mois.

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

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

Prise en charge de la venue d'un proche

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

Conseils médicaux

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

Organisation du transport médical

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

Aide aux démarches

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

➔ ASSISTANCE SANTÉ À DOMICILE

Relais administratif

■ Remplacement du Travaill(e)ur Non Salar(i)é

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

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

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

■ Communication vers les clients et/ou les fournisseurs

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

Les messages sont envoyés par téléphone, fax ou e-mail dans un délai de 48 heures à réception d'une liste n'excédant pas 1000 noms.

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

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

Livraison de médicaments

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

Services

■ Portage d'espèces à domicile

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

- Déplacement aller/retour vers l'établissement bancaire,

Ou

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

■ Portage de repas à domicile

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

■ Portage de courses à domicile

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

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

Ou

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

■ Coiffure à domicile

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

Assistance psychologique

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

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

■ Accueil et consultation psychologique

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

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

■ Suivi psychologique

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

- soit par téléphone auprès du même psychologue,

- soit au cabinet d'un psychologue clinicien agréé, 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.

➔ ASSISTANCE SANTÉ À DOMICILE

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

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

■ La garantie n'intervient pas :

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

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

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

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

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

Assistance psychologique maternité

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

■ Accueil et consultation psychologique

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

■ Suivi psychologique

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

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

MAAF Assistance prend en charge le coût des consultations.

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

Organisation et mise à disposition d'un ergothérapeute

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

Aide à l'organisation des obsèques

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

Avance des frais d'obsèques

- Remboursables dans un délai de 1 mois.

IMPORTANT

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

LES NUMÉROS UTILES

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

MAAF Assistance est à leur écoute 24H/24. Ils doivent se munir du Numéro de Sociétaire de l'entreprise ayant souscrit le contrat et appeler le n° Vert : 0 800 16 17 18

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

S'ils sont sourds ou malentendants, ils peuvent communiquer avec MAAF Assistance :

en composant le 114 (Métropole seulement)

par SMS au 06 78 74 53 72

par FAX au 01 47 11 71 26

LES SERVICES

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

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

→ CE QUE VOUS DEVEZ SAVOIR

ÉTENDUE TERRITORIALE

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

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

Le remboursement de MAAF Santé interviendra alors en complément de celui du régime obligatoire.

■ **Les soins effectués lors d'un séjour dans un pays de l'UE (Union Européenne)** seront remboursés sur présentation 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.

■ **Les soins effectués dans un pays hors UE (Union Européenne)** devront être en rapport avec un événement survenu de façon imprévue pour être remboursés par MAAF Santé. Le remboursement sera effectué sur présentation du décompte du régime obligatoire.

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

L'ENTRÉE EN VIGUEUR DU CONTRAT ET DES GARANTIES

Le contrat est constaté par un bulletin d'adhésion signé par l'entreprise qui souscrit et MAAF Santé. Ce bulletin doit mentionner :

- le numéro de client MAAF,
- la date d'effet,
- la catégorie d'assurés (cadres, non cadres, ensemble du personnel, apprentis),
- le niveau des garanties souscrites,
- le montant de la cotisation,
- les éventuelles dispositions spéciales,
- la liste des documents à fournir lors de l'adhésion.

Le contrat prend effet à la date indiquée sur les Conditions Particulières et au plus tôt le lendemain de la date de signature du bulletin d'adhésion.

Les garanties débutent, à l'égard de chaque bénéficiaire, dès leur admission au contrat, et ce, quelle que soit l'antériorité de l'affection ayant entraîné les frais engagés postérieurement à la date d'admission. L'admission est conditionnée par la réception des bulletins individuels d'affiliation dûment complétés.

Le contrat, basé sur les déclarations du souscripteur et des assurés, est incontestable dès qu'il a pris existence.

DURÉE DU CONTRAT

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

Il se renouvelle ensuite annuellement à chaque 1^{er} Janvier, par tacite reconduction, sauf dénonciation par l'une des parties, souscripteur ou assureur. Pour être recevable, la dénonciation doit être notifiée par lettre recommandée avant le 31 octobre précédant la date de renouvellement.

LE RÈGLEMENT DES PRESTATIONS

Il est remis, à chaque salarié assuré, une attestation permettant la pratique du tiers-payant. Avant toute dépense, il devra penser à la présenter, elle pourra lui éviter l'avance de certains frais auprès des professionnels de la santé qui l'acceptent et avec lesquels MAAF Santé a des accords. Cette attestation de tiers payant reste la propriété de MAAF Santé.

Si le salarié n'a pas bénéficié du tiers-payant sur la part complémentaire et que des prestations restent à sa charge, il devra adresser les justificatifs correspondants à MAAF Santé - Chaban de Chauray - 79036 NIORT Cedex 9, pour en obtenir le remboursement.

L'entreprise s'engage, si l'attestation est en cours de validité, à en assurer la restitution dans le délai de 15 jours suivant le départ du salarié (démission, licenciement, retraite...), ou la résiliation du contrat.

Dans la mesure où elle n'aura pas respecté son obligation précitée, l'entreprise restituera les sommes payées par MAAF Santé relatives à des soins postérieurs à la cessation des garanties, à l'exclusion du versement des prestations immédiates ou différées, acquises ou nées durant la validité du contrat.

La participation de MAAF Santé s'effectue à partir :

- soit des originaux des bordereaux de remboursement des régimes d'assurance maladie,
- soit des images informatiques télétransmises des bordereaux de remboursement de l'assurance maladie et des factures subrogatoires des fournisseurs pour les prestations supplémentaires (fauteuil roulant, prothèses mammaires et capillaires, appareillages auditifs et grand appareillage),
- soit du justificatif d'évolution de la vue en cas de renouvellement des lunettes dans une période inférieure à 2 ans pour un adulte (+ 18 ans),
- soit de la facture délivrée par le pharmacien pour la pilule contraceptive, les vaccins et les tests et auto-tests de dépistage non pris en charge par le régime obligatoire,
- soit de l'ordonnance du praticien et de la facture du pharmacien pour les substituts nicotiniques et les crèmes solaires,
- soit de la facture délivrée par le praticien pour les lentilles, les prothèses et les implants dentaires, l'ostéodensitométrie, la diététique, l'ostéopathie,

➔ CE QUE VOUS DEVEZ SAVOIR

la chiropractie ainsi que l'orthodontie et la chirurgie réfractive lorsque ces actes ne sont pas pris en charge par la Sécurité sociale,

- soit de toute facture faisant état de l'achat de préservatifs,
- soit d'un justificatif de naissance pour le versement de la prime naissance.

Les demandes de remboursement doivent, sauf cas de force majeure, être présentées à MAAF Santé dans un délai maximum de deux ans après paiement par le régime d'assurance maladie ou après paiement de la facture ou la réalisation de l'événement.

LES LIMITES DES REMBOURSEMENTS

Les remboursements des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident ne peuvent excéder le montant des frais restés à charge du bénéficiaire après les remboursements de toute nature auxquels il a droit.

Les garanties de même nature contractées auprès de plusieurs assureurs produisent leurs effets dans la limite de chaque garantie, quelle que soit sa date de souscription. Dans cette limite, le bénéficiaire du contrat peut obtenir l'indemnisation en s'adressant à l'assureur de son choix.

LES OBLIGATIONS DE L'ENTREPRISE

➔ Les obligations de l'entreprise, souscriptrice, à l'égard de l'assureur

Le souscripteur s'engage à faire parvenir à l'assureur :

Lors de la prise d'effet du contrat :

- une liste de tous les membres du personnel pour chaque catégorie de salariés concernée par le contrat,
- les bulletins individuels d'affiliation régularisés par

chacun des membres du personnel accompagnés des pièces nécessaires à l'enregistrement des assurés (photocopie de la carte d'assuré social et RIB pour le versement des prestations notamment),

- un état nominatif des salariés en arrêt de travail, Et, au fur et à mesure,
- les déclarations relatives aux mouvements du personnel et aux changements de situation de famille accompagnées, pour chaque nouvel assuré, d'un bulletin individuel précisant les renseignements d'état civil le concernant et indiquant qu'il s'agit d'une modification à apporter au contrat.

Avant le 1^{er} Novembre de chaque année :

- un certificat de scolarité pour les étudiants,
- une copie du contrat de travail pour les apprentis ou une attestation de scolarité délivrée par le CFA.

L'assureur ne peut se trouver engagé que par les déclarations et pièces transmises par le souscripteur.

➔ Les obligations de l'entreprise, souscriptrice, à l'égard des assurés

Le souscripteur est tenu :

- de remettre aux assurés une notice d'information détaillée établie par la mutuelle qui définit les garanties et leurs modalités d'entrée en vigueur ainsi que les formalités à accomplir en cas de sinistre,
- d'informer par écrit les assurés des modifications qu'il est prévu, le cas échéant, d'apporter à leurs droits et obligations,
- d'informer les assurés des évolutions tarifaires annuelles.

La preuve de la remise de la notice aux assurés et de l'information relative aux modifications contractuelles incombe au souscripteur.

→ CE QUE VOUS DEVEZ SAVOIR

LES COTISATIONS

→ Calcul de la cotisation

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

La modification de la cotisation peut avoir pour motif :

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

→ Conditions de règlement de la cotisation

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

- la cotisation annuelle proprement dite,
- les frais de fractionnement*,
- les taxes (le détail figure sur votre avis d'échéance).

* 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 2 % du montant total de votre cotisation proprement dite si vous réglez votre cotisation chaque mois,
- à 1 % en cas de règlement trimestriel.

Les cotisations sont payables soit mensuellement, soit trimestriellement.

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

Elles sont payées directement par l'entreprise souscriptrice qui est seule responsable de leur versement.

→ Non paiement des cotisations

A défaut de paiement d'une cotisation ou fraction de cotisation due dans les 10 jours de son échéance, et indépendamment du droit pour la mutuelle de poursuivre l'exécution de l'engagement contractuel en justice, la garantie ne peut être suspendue que 30 jours après la mise en demeure de l'entreprise souscriptrice.

Lors de sa mise en demeure, l'entreprise est informée des conséquences que ce défaut de paiement est susceptible d'entraîner sur la poursuite de la garantie.

Par ailleurs, l'assuré est informé par l'entreprise souscriptrice qu'à l'expiration du délai prévu à l'alinéa précédent le défaut

de paiement de la cotisation par la personne physique ou morale souscriptrice est susceptible d'entraîner la résiliation du contrat collectif, sauf s'il entreprend de se substituer à l'entreprise souscriptrice pour le paiement des cotisations.

Au cas où la cotisation annuelle a été fractionnée, la suspension de la garantie, intervenue en cas de non-paiement d'une des fractions de cotisation, produit ses effets jusqu'à l'expiration de la période considérée. La mutuelle a le droit de résilier le contrat collectif 10 jours après l'expiration du délai de 30 jours prévu ci-dessus.

Le contrat collectif non résilié reprend ses effets, à midi, le lendemain du jour où, sauf décision différente de la mutuelle, ont été payées à la mutuelle la (les) cotisation(s) arriérée(s) ou, en cas de fractionnement, les fractions de cotisation ayant fait l'objet de la mise en demeure et celles venues à échéance pendant la période de suspension ainsi que, éventuellement, les frais de poursuite et de recouvrement.

LA SUBROGATION

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

LA PRESCRIPTION

Conformément à l'article L 221-11 du Code de la mutualité, toute action dérivant des opérations régies par le contrat est prescrite par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

Toutefois, ce délai ne court :

- 1° En cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, du fait du membre participant, que du jour où la mutuelle ou l'union en a eu connaissance;
- 2° En cas de réalisation du risque, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.

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

La prescription est portée à dix ans lorsque, pour les opérations mentionnées au b du 1° du I de l'article L. 111-1 du Code de la mutualité, le bénéficiaire n'est pas le membre participant et, dans les opérations relatives aux accidents atteignant les personnes, lorsque les assurés sont les ayants droit du membre participant décédé.

Pour les contrats d'assurance sur la vie, nonobstant les dispositions du 2°, les actions du bénéficiaire sont prescrites au plus tard trente ans à compter du décès du membre participant.

→ CE QUE VOUS DEVEZ SAVOIR

Conformément à l'article L 221-12 du Code de la mutualité, la prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription et par la désignation d'experts à la suite de la réalisation d'un risque. L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception adressée par la mutuelle ou l'union au membre participant, en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation, et par le membre participant, le bénéficiaire ou l'ayant droit à la mutuelle ou à l'union, en ce qui concerne le règlement de l'indemnité.

Par dérogation à l'article 2254 du Code civil, les parties à une opération individuelle ou collective ne peuvent, même d'un commun accord, ni modifier la durée de la prescription, ni ajouter aux causes de suspension ou d'interruption de celle-ci.

Causes ordinaires d'interruption de la prescription telles qu'énoncées dans le Code civil :

Article 2240

La reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait interrompt le délai de prescription.

Article 2241

La demande en justice, même en référé, interrompt le délai de prescription ainsi que le délai de forclusion. Il en est de même lorsqu'elle est portée devant une juridiction incompétente ou lorsque l'acte de saisine de la juridiction est annulé par l'effet d'un vice de procédure.

Article 2242

L'interruption résultant de la demande en justice produit ses effets jusqu'à l'extinction de l'instance.

Article 2243

L'interruption est non avenue si le demandeur se désiste de sa demande ou laisse périmer l'instance, ou si sa demande est définitivement rejetée.

Article 2244

Le délai de prescription ou le délai de forclusion est également interrompu par une mesure conservatoire prise en application du code des procédures civiles d'exécution ou un acte d'exécution forcée.

Article 2245

L'interpellation faite à l'un des débiteurs solidaires par une demande en justice ou par un acte d'exécution forcée ou la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait interrompt le délai de prescription contre tous les autres, même contre leurs héritiers. En revanche, l'interpellation faite à l'un des héritiers d'un débiteur solidaire ou la reconnaissance de cet héritier n'interrompt pas le délai de prescription à l'égard des autres cohéritiers, même en cas de créance hypothécaire, si l'obligation est divisible. Cette interpellation ou cette reconnaissance n'interrompt le délai de prescription, à l'égard des autres codébiteurs, que pour la part dont cet héritier est tenu. Pour interrompre le délai de prescription pour le tout, à l'égard des autres codébiteurs, il faut l'interpellation faite à tous les héritiers du débiteur décédé ou la reconnaissance de tous ces héritiers.

Article 2246

L'interpellation faite au débiteur principal ou sa reconnaissance interrompt le délai de prescription contre la caution.

LA CESSATION DES GARANTIES

A l'égard de chaque salarié assuré, les garanties cessent :

- soit à la date à laquelle il est radié des listes du personnel ou à la date de la liquidation de la pension de vieillesse, sauf application des dispositions relatives au MAINTIEN DES GARANTIES,
- soit à la date à laquelle le salarié ne fait plus partie de la catégorie assurée,
- soit à la date de résiliation du contrat (cf. paragraphe DURÉE DU CONTRAT), sauf en ce qui concerne les frais exposés pour des soins engagés antérieurement à cette date et communiqués à l'assureur dans les délais fixés au paragraphe LE RÈGLEMENT DES PRESTATIONS.

A l'égard des autres bénéficiaires :

- à la date de cessation des garanties de l'assuré,
- à la date à laquelle ils ne répondent plus aux conditions leur conférant la qualité de bénéficiaires (cf. paragraphe QUI PEUT ADHÉRER ET ÊTRE ASSURÉ).

LE MAINTIEN DES GARANTIES

→ Suspension du contrat de travail

Les Garanties sont maintenues en cas de suspension du contrat de travail pour cause de maternité, Maladie ou Accident (professionnel ou non professionnel).

Ce maintien est assuré exclusivement pour la période au titre de laquelle l'Assuré bénéficie d'un maintien total ou partiel de salaire ou du versement d'indemnités journalières complémentaires.

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

Les Garanties sont suspendues de plein droit dans tous les autres cas (notamment congé sabbatique, congé pour création d'entreprise, congé parental d'éducation, congé sans solde).

Néanmoins, lorsque le contrat de travail du salarié est suspendu sans maintien total ou partiel de salaire ou d'indemnités journalières complémentaires, l'Assureur propose un système de maintien **facultatif** de la Garantie souscrite à titre individuel et moyennant une cotisation entièrement financée par le salarié, sur la base du tarif des actifs.

Sous réserve d'en faire la demande auprès de l'Assureur **dans le mois qui suit la suspension du contrat de travail**, le salarié bénéficie des mêmes Garanties que celles dont il était bénéficiaire au sein de l'entreprise.

Les cotisations seront appelées directement par l'Assureur auprès des Bénéficiaires.

Durée du maintien

Pour chaque Assuré, les Garanties sont maintenues à compter de la prise d'effet mentionnée ci-dessus pour une durée égale à celle de la suspension du contrat de travail.

La Garantie cesse pour chaque Assuré :

- si la cotisation le concernant n'est plus réglée,
- s'il ne figure plus sur le bordereau trimestriel fourni par le Souscripteur,

→ CE QUE VOUS DEVEZ SAVOIR

- à la date à laquelle il cesse d'appartenir à la catégorie de personnel visée aux Conditions particulières,
- à la date de rupture de son contrat de travail, quel qu'en soit le motif,
- le jour de la liquidation normale ou anticipée de sa pension d'assurance vieillesse d'un Régime Obligatoire quel qu'en soit le motif,
- à la date de résiliation du Contrat dans les conditions prévues p14 au paragraphe Durée du contrat. Dès que le Contrat est résilié, il ne peut être maintenu dans ses effets à titre individuel,
- le dernier jour du mois au cours duquel le salarié a demandé la résiliation de son adhésion individuelle (dans ce cas la résiliation est définitive),
- à la date à laquelle il cesse d'être couvert par le Contrat collectif et obligatoire.

Cas particuliers des salariés dont le contrat de travail est suspendu pour une autre cause que la Maladie ou l'Accident à la date d'effet du Contrat.

Ces salariés peuvent également bénéficier des dispositions du paragraphe précédent, dans les mêmes conditions sous réserve qu'ils aient été portés à la connaissance de l'Assureur préalablement à la souscription du Contrat et que leur bulletin individuel d'affiliation dûment complété et signé ait été transmis préalablement à l'Assureur.

Après acceptation de l'Assureur, le maintien prendra effet au plus tôt, à la même date que le présent Contrat sous réserve du paiement de la cotisation correspondante.

→ Rupture ou fin de contrat de travail ouvrant droit à portabilité

Les Garanties Frais de santé en vigueur dans l'entreprise sont maintenues, conformément aux dispositions prévues par la loi de sécurisation de l'emploi N°2013-504 du 14 juin 2013 et à l'article L 911-8 du Code de la Sécurité sociale, au profit des anciens salariés pris en charge par le régime d'assurance chômage.

Tant que le présent Contrat est en cours, bénéficient de ce maintien les anciens salariés justifiant cumulativement :

- de la rupture (hors licenciement pour faute lourde) ou de la fin de leur contrat de travail postérieurement à la date d'effet du Contrat,
- de l'ouverture de leurs droits à couverture chez le Souscripteur avant la rupture ou la fin de leur contrat de travail,
- de l'ouverture de leurs droits à Pôle emploi. L'ancien salarié devra mensuellement, fournir ce justificatif à l'Assureur. A défaut, aucune Garantie ne sera due.

Conformément aux dispositions de l'article L911-8 du Code de la Sécurité sociale, **le Souscripteur signale le maintien des Garanties dans le certificat de travail** et informe l'Assureur de la cessation du contrat de travail.

Prise d'effet et durée du maintien

Le dispositif de portabilité entre en application à la date de cessation du contrat de travail sous réserve que le salarié ait fourni le justificatif de sa prise en charge par l'assurance chômage (attestation Pôle Emploi).

L'ancien salarié éligible à la portabilité bénéficie d'une prise en charge pour une durée égale à celle de son dernier contrat de travail, ou, le cas échéant, des derniers contrats de travail lorsqu'ils sont consécutifs chez le même employeur.

Cette durée est appréciée en mois et le cas échéant, arrondie au nombre supérieur, dans la limite de **12 mois**.

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

Les Garanties maintenues sont celles décrites par le Contrat et suivront si il y a lieu l'évolution des Garanties des salariés actifs de l'Entreprise.

Pour cela, l'Assuré devra fournir à l'Assureur les justificatifs suivants :

- une copie de la lettre de licenciement ou du contrat de travail pour les anciens salariés en contrat à durée déterminée,
- à chaque indemnisation, une copie de la prise en charge de l'assurance chômage mentionnant la durée d'indemnisation.

Les Ayants droit de l'ancien salarié précédemment couverts au titre du Régime bénéficient également du maintien des Garanties et ce tant que l'ancien salarié ouvre droit à la portabilité.

Cessation du dispositif de maintien des Garanties

Le maintien des Garanties cesse :

- au terme de la période de portabilité et en tout état de cause après un délai maximum de 12 mois,
- à la date de reprise d'une activité professionnelle par l'ancien salarié,
- dès lors que l'ancien salarié perçoit une retraite versée par le Régime Obligatoire,
- en cas de non renouvellement ou de résiliation du présent Contrat quel qu'en soit le motif,
- à la date de cessation du versement des allocations chômage ou dès lors que l'ancien salarié ne justifie plus de son indemnisation par Pôle Emploi.
- en cas de décès.

L'ancien salarié est tenu d'informer l'Assureur de tout événement entraînant la fermeture de ses droits à Pôle emploi (reprise d'emploi, radiation...).

Financement de la portabilité

Le maintien des Garanties est assuré à titre gratuit c'est à dire qu'aucune cotisation de la part de l'ancien salarié n'est exigée. Le financement de la portabilité est financé par un mécanisme de mutualisation et est ainsi inclus dans les cotisations obligatoires des salariés en activité dans l'entreprise.

Versement des Prestations

Les Prestations sont versées dans les mêmes conditions que celles prévues pour les salariés en activité.

Le versement de toute Prestation est subordonné à la production du justificatif d'ouverture des droits au régime d'assurance chômage.

→ CE QUE VOUS DEVEZ SAVOIR

Durant la période de portabilité, les Bénéficiaires ne disposent pas du système de tiers-payant et de télétransmission NOEMIE. Ils devront donc transmettre leurs décomptes à l'Assureur.

→ Titulaires d'une rente d'incapacité, d'invalidité, d'une pension de retraite ou d'un revenu de remplacement ; Ayant droit d'un Assuré décédé

Les Assurés qui se trouvent dans l'une des situations énoncées ci-après, à l'issue de la rupture de leur contrat de travail et éventuellement de la période de portabilité quand elle s'applique, peuvent conserver les Garanties frais de santé prévues par les Conditions particulières, moyennant le paiement des cotisations correspondantes et à condition :

- d'en faire la demande dans les six mois qui suivent la fin des Garanties antérieures,
- d'adhérer à titre individuel au régime des anciens salariés.

Conformément aux dispositions de l'article 4 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989, ce maintien s'applique :

- sans condition de durée, aux anciens salariés Bénéficiaires :
 - d'une rente d'Incapacité ou d'Invalidité de la Sécurité sociale,
 - d'une pension de retraite servie par un Régime Obligatoire de base d'assurance vieillesse,
 - d'un revenu de remplacement s'ils sont privés d'emploi.
- pendant une durée de 12 mois, à compter du décès, au profit des Ayants droit du salarié décédé, sous réserve d'en faire la demande dans les six mois suivant le décès.

Le Souscripteur s'engage à communiquer à l'Assureur toute rupture du contrat de travail ou décès d'un Assuré, dans les 15 jours suivant cet événement ainsi que, le nom des Assurés dont le contrat de travail a été rompu avec indication du motif et de la date de cessation du contrat de travail.

Les tarifs applicables aux personnes visées ci-dessus ne peuvent être supérieurs de plus de 50% aux tarifs globaux applicables aux salariés actifs.

→ 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.

→ Le service réclamations

Pour tout mécontentement envers nous, votre interlocuteur habituel (conseiller, gestionnaire...) mettra en œuvre tous les moyens à sa disposition pour vous satisfaire.

Si le mécontentement persiste, il vous proposera de vous adresser à son responsable qui analysera avec vous l'origine du problème et s'assurera de vous apporter une réponse dans les meilleurs délais.

Si la réponse ne vous satisfait toujours pas, vous pourrez vous adresser au service réclamations et qualité client MAAF que vous pouvez joindre :

Par courrier

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

Par courriel :

service.RECLAMATIONSETQUALITECLIENT@maaf.fr

Par téléphone :

05 49 17 53 00 de 13h00 à 18h00 du lundi au vendredi.

Dans tous les cas, vous recevrez un accusé de réception sous 10 jours ouvrables maximum à compter de la réception de votre réclamation sauf si une réponse vous est apportée dans ce délai. Le cas échéant, vous recevrez une réponse du service réclamations et qualité client MAAF au plus tard 2 mois après la réception de votre réclamation.

Si le désaccord persiste après la réponse donnée par le service réclamations et qualité client MAAF, vous pourrez solliciter le Médiateur de l'Assurance à l'adresse suivante :

Par courrier

La Médiation de l'Assurance
TSA 50110
75441 Paris Cedex 09

Par voie électronique :

<http://www.mediation-assurance.org/saisir+le+médiateur>

Vous conservez par ailleurs la faculté de saisir le tribunal compétent.

→ La protection des données personnelles

Les données à caractère personnel vous concernant sont utilisées dans le cadre de la passation, la gestion et l'exécution de vos contrats d'assurance.

Ces informations peuvent aussi faire l'objet :

- de traitements à des fins de gestion commerciale des clients et prospects, sauf opposition de votre part,
- 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.**

CE QUE VOUS DEVEZ SAVOIR

Les données sont destinées à MAAF Santé, 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.

Vous disposez d'un droit d'accès, de rectification, de suppression et d'opposition pour motifs légitimes, en vous adressant par courrier à :

MAAF Santé
Coordination Informatique et Liberté
Chauray
79036 Niort Cedex 9

Nous vous informons que vous êtes susceptibles de recevoir un appel de l'un de nos 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 nos équipes. Vous pouvez vous opposer à ce traitement en le signalant en début d'entretien.

En application des dispositions du Code de la consommation, vous pouvez vous inscrire gratuitement sur le registre d'opposition au démarchage téléphonique sur www.bloctel.gouv.fr. Dans ce cas, nous ne pourrions pas vous démarcher par téléphone sauf si vous nous avez communiqué votre n° de téléphone afin d'être recontacté ou si vous êtes titulaire auprès de nous d'un contrat en vigueur.

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.

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)

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

CAS : Contrat d'Accès aux Soins

Il s'agit d'un contrat négocié entre l'Assurance Maladie et les syndicats médicaux et auquel peuvent adhérer les médecins de secteur 2 et certains médecins de secteur 1.

Le médecin adhérent au CAS s'engage à :

- ne pas augmenter ses tarifs pendant les 3 années du contrat,
- respecter un taux moyen de dépassement,
- réaliser une part d'activité à tarif opposable égale ou supérieure à celle pratiquée avant son adhésion,
- respecter un taux de dépassement recalculé au maximum égal à 100 % du tarif opposable de la Sécurité sociale.

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 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 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 de 18 €, prévue au I de l'article R. 322-8 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 au dispositif du Contrat d'accès aux soins est limitée et devra nécessairement être inférieure à celle des dépassements d'honoraires de médecins qui adhèrent à ce dispositif.

En revanche, les contrats responsables 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).

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

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.

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 60.

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 €.

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 certains contrats d'assurance maladie complémentaire.

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

Implantologie 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.

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 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 1^{er} janvier 2015.

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.

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.

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

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 de certains médicaments 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 pris en charge par le régime obligatoire selon des niveaux de remboursement différents :

- **médicaments remboursés à 100 %** par l'assurance maladie obligatoire : ils sont irremplaçables et particulièrement coûteux,
- **médicaments remboursés à 65 %** par l'assurance maladie obligatoire : leur service médical rendu est majeur ou important,
- **médicaments remboursés à 30 %** par l'assurance maladie obligatoire : leur service médical rendu est modéré,
- **médicaments remboursés à 15 %** par l'assurance maladie obligatoire : ils ont un service médical rendu faible.

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 **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.

P **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^{ème} 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.

T **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,
- 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, appareillage.

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.

La participation forfaitaire d'un euro, les franchises et des dépassements d'honoraires s'ajoutent éventuellement au ticket modérateur, l'ensemble de ces frais constituant le reste à charge.

Voir également : reste à charge, participation forfaitaire d'un euro, franchise, dépassements d'honoraires, garantie.

Tiers payant : système de paiement qui évite à l'assuré de faire l'avance de certains 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.



la référence qualité prix

MAAF Santé

MUTUELLE SOUMISE AUX DISPOSITIONS DU LIVRE II DU CODE DE LA MUTUALITÉ - SIREN N° 331-542-142 - APE 6512 Z
Siège social : Chaban - 79180 CHAURAY - Adresse postale : Chauray - 79036 NIORT Cedex 09 - maaf.fr



Réf. 11015 - 01/17