Assurance santé

Document d'information sur le produit d'assurance

MAAF Santé

Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du code de la mutualité - SIREN 331 542 142 - FRANCE

VIVAZEN

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

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

Ce contrat d'assurance complémentaire santé est destiné aux personnes :

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

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

Qu'est-ce qui est assuré ?

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

Les garanties systématiquement prévues :

✓ **Hospitalisation :** honoraires (médicaux et chirurgicaux), forfait journalier hospitalier, frais de séjour, transport.

Les garanties optionnelles :

Les postes suivants peuvent être assurés :

✓ **Soins courants :**
Garanties de base : honoraires médicaux et paramédicaux, analyses et examens de laboratoire, médicaments, matériel médical (appareillage et prothèses hors dentaire, achat fauteuil roulant), matériel médical "100 % santé", transport

Garanties optionnelles : les médicaments et les cures thermales remboursés par le RO, la pharmacie prescrite non remboursée par le RO, l'automédication et la contraception, les médecines douces (ostéopathes, chiropracteurs, pédicures, psychologues, ergothérapeutes, psychomotriciens, étiopathes et acupuncteurs), la prévention et le dépistage, l'ostéodensitométrie.

✓ **Aides auditives :** aides auditives à prise en charge libre, aides auditives "100% santé", piles et accesoires.

✓ **Hospitalisation :** chambre particulière (y compris les frais multimédia), frais d'accompagnant, aide à la conception (FIV), prime naissance ou d'adoption.

✓ **Optique :**
Garantie de base : équipements (montures et verres) à prise en charge libres et équipements "100% santé", piles et accessoires

Garanties optionnelles : forfait basse vision, chirurgie réfractive et implant oculaire.

✓ **Dentaire :**
Garantie de base : soins dentaires, inlay-onlay, prothèses dentaires à prise en charge libre remboursées par le RO, soins et prothèses "100% santé", orthodontie prise en charge par le RO

Garanties optionnelles : autres prothèses dentaire, implants, orthodontie, parodonties non remboursés par le RO.

Les services systématiquement prévus :

✓ Réseaux de soins : opticiens, chirurgiens-dentistes et audioprothésistes partenaires...

✓ Service d'analyse de devis.

L'assistance systématiquement prévue :

✓ Assistance à domicile.

✓ Assistance enfants.

✓ Accompagnement en cas de maladies graves, conseils santé et aide aux aidants.

Qu'est-ce qui n'est pas assuré ?

✗ Les soins et les frais réalisés avant la prise d'effet des garanties ou postérieurs à la date de résiliation du contrat.

✗ Les soins et les frais de soins non remboursés par le RO et non expressément prévus dans le descriptif des garanties.

✗ Les dépenses relatives aux séjours effectués :
- dans les établissements médico-sociaux, tels que maisons d'accueil spécialisées, instituts médico-pédagogiques, établissements pour personnes âgées ou dépendantes, unités de longs séjours,
- en maisons d'enfants à caractère sanitaire (sauf forfait journalier hospitalier et ticket modérateur facturés le cas échéant et non pris en charge par le RO),
- en établissements psychiatriques ou neuropsychiatriques (en secteur public ou privé) pour les frais d'accompagnant,
- en alcoologie et toxicologie pour la chambre particulière et les frais d'accompagnant.

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

Les principales exclusions :

! La participation forfaitaire (exemples : pour les consultations, les examens de radiologie…) et les franchises médicales (exemples : sur les médicaments, les actes paramédicaux…).

! Les pénalités appliquées par le RO pour les dépenses de santé réalisées en dehors du parcours de soins coordonnés.

! Les dépassements d'honoraires au-delà de la limite fixée réglementairement pour les médecins n'adhérant pas à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée.

Les principales restrictions :

! **Hospitalisation et Optique-dentaire** : ces postes peuvent être remboursés sur le niveau inférieur pendant 6 mois suivant la prise d'effet du contrat (hors accident).

! **Optique** : le remboursement des lunettes peut être limité à un équipement (monture + verres) tous les 2 ans. Ce délai est réduit à un an pour les enfants de moins de 16 ans ou en cas d'évolution de la vue et dans les autres cas de renouvellement anticipés prévus par la règlementation.

! **Optique-dentaire-audio** : la prise en charge des équipements optiques et auditifs "100% santé" et des soins et prothèses dentaires "100% santé" intervient à hauteur des prix limites de vente ou des honoraires limites de facturation.

! **Appareillage auditif** : remboursement limité à un appareil par oreille tous les 4 ans.

Réf. : EU0_IPIDSA_00-251211-T6gJ6f-1-1-2-05:02:16- SAN25001

Où suis-je couvert(e) ?

- ✓ Monde entier pour les frais de soins garantis et pris en charge par le régime obligatoire et les autres dépenses prévues au contrat mais non couvertes par le régime obligatoire.
- ✓ France métropolitaine et départements et régions d'outre-mer pour les garanties d'assistance.

Quelles sont mes obligations ?

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

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

En cours de contrat :

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

Quand et comment effectuer les paiements ?

Le paiement de la cotisation intervient à la souscription du contrat et chaque année à l'échéance.
Le paiement de la cotisation peut être annuel, semestriel, trimestriel ou mensuel par chèque ou par prélèvement bancaire.

Quand commence la couverture et quand prend-elle fin ?

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

Comment puis-je résilier le contrat ?

Vous pouvez résilier votre contrat dans les cas et délais prévus par la réglementation et par les conditions générales, notamment à certaines périodes de la vie du contrat (à échéance annuelle, à tout moment à l'expiration d'un délai d'un an à compter de la souscription pour les personnes physiques...) et lors de la survenance de certains événements (modification de votre situation personnelle ou professionnelle, perte de la qualité d'affilié à un régime d'assurance obligatoire français...).

La résilation de votre contrat doit nous être notifiée par déclaration auprès de nos agences, par téléphone, par lettre ou support durable (mail, ou message depuis votre espace client sur maaf.fr ou sur l'application mobile "MAAF & Moi").

Réf. : EU0_IPIDSA_00-251211-T6gJ6f-1-2-2-05:02:16- SAN25001

Garanties santé assurées par MAAF Santé. Garanties d'assistance assurées par MAAF Assurances SA. Contrat distribué par MAAF Assurances SA.
MAAF Santé - Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du code de la mutualité - SIREN n° 331 542 142 - Siège social : Chaban - 79180 CHAURAY - Adresse postale : Chauray - 79036 NIORT CEDEX 9.
MAAF Assurances SA - Société anonyme au capital de 160 000 000 euros entièrement versé - Entreprise régie par le code des assurances - RCS NIORT n° 542 073 580 - Siège social : Chaban - 79180 CHAURAY - Adresse postale : Chauray - 79036 NIORT CEDEX 9.