



Maya  
MUTUELLE  
SANTÉ  
POUR TOUS



- ✓ Complémentaire Santé tout terrain
- ✓ Forfait modulable sur l'optique, le dentaire, l'audio
- ✓ Inclut Médecines douces et Bien-Être

1<sup>er</sup> mois offert

DÈS  
**18** €  
/MOIS

Avec Maya,  
domptez vos  
remboursements  
santé !

Taillée pour lutter contre les frais dentaires, les illusions d'optique ou les dépassements d'honoraires, la mutuelle santé pour tous Maya réduit en pièces vos restes à charge grâce à ses **remboursements renforcés**. Flexible, elle s'adapte à vos envies Bien-Être et vous couvre de l'ostéo aux cures thermales !

Ma Mutuelle Santé  
pour tous rembourse



Soins courants  
jusqu'à 250%



Appareillage  
jusqu'à 950 €/an



Optique  
jusqu'à 1 350 €



Dentaire  
jusqu'à 1 750 €



Médecines douces  
8 séances max/an



Hospitalisation  
jusqu'à 220 €/jour

# Mes DAvantages Mutuelle Santé pour tous

- ✓ Garanties adaptables à mon budget et ma conso santé
- ✓ Aucune avance de frais avec le Tiers Payant
- ✓ Des remboursements sous 48h
- ✓ Pas de questionnaire médical, ni de délai de carence
- ✓ Cotisation offerte à partir du 3<sup>ème</sup> enfant
- ✓ Réductions optique/audio dans le réseau partenaire

## Avec Maya, tout est sous contrôle !

Accessible sur simple appel ou depuis votre Espace Client, votre assistance est disponible 24h/24, et ce, dès votre adhésion.



Pour mieux  
se protéger

**LES SOLUTIONS  
COMPLÉMENTAIRES DA**

**SURCOMPLÉMENTAIRE** Mes remboursements santé survitaminés

**HOSPITALISATION TOUTES CAUSES** La fin de l'hôpital trop cher

**SURCOMPLÉMENTAIRE BIEN-ÊTRE** Mon alternative santé !

**CANCER FÉMININ** La garantie de préserver sa féminité



Une question, contactez-nous !

@ [bonjour@da.fr](mailto:bonjour@da.fr)

☎ 01 77 75 04 49

🕒 du lundi au vendredi de 9H à 20H

💻 [www.da.fr](http://www.da.fr)

✉ DA - 129, rue de Turenne 75003 Paris



# Vos prestations Mutuelle Santé pour tous

Maya  
MUTUELLE  
SANTÉ  
POUR TOUS

Garantie exprimée en pourcentage de la base de remboursement de l'assurance maladie obligatoire (part assurance maladie obligatoire incluse) ou en euros sur présentation des factures acquittées  
Remboursements limités aux frais engagés.

		FORCE 1	FORCE 2	FORCE 3
 <b>MALADIE <sup>(1)</sup></b>	Consultations, visites généralistes	100%	150%	250%
	Consultations, visites spécialistes	100%	150%	250%
	Auxiliaires médicaux (infirmiers, kinésithérapeutes, orthophonistes, ...)	100%	150%	250%
	Analyses médicales	100%	150%	250%
	Actes d'imagerie médicale (radiologie, échographie...) et actes techniques médicaux	100%	150%	250%
	Pharmacie : médicaments remboursés par l'assurance maladie obligatoire	100%	100%	100%
	Actes de petite chirurgie	100%	150%	250%
 <b>OPTIQUE <sup>(2)</sup></b> <small>1 équipement tous les 2 ans, sauf pour les mineurs ou en cas d'évolution de la vue</small>	Monture + verres simples remboursés par l'assurance maladie obligatoire	100€	200€	300€
	Monture + verres complexes remboursés par l'assurance maladie obligatoire (150€ max / monture)	200€		
	Lentilles remboursées par l'assurance maladie obligatoire	100%	100%	100%
	Forfait lentilles	100€	200€	300€
	Chirurgie réfractive de l'œil (myopie, hypermétropie, presbytie) /œil	100€	200€	300€
 <b>DENTAIRE <sup>(3)</sup></b>	Soins et consultations	100%	150%	250%
	Prothèses Implants et parodontologie remboursés par l'assurance maladie obligatoire	100%	150%	250%
	Prothèses non remboursées par l'assurance maladie obligatoire	100%	150%	250%
	Inlay core et Inlay core à clavettes	100%	150%	250%
	Plafond annuel prothèses dentaires	700€	850€	1 000€
	Orthodontie remboursée par l'assurance maladie obligatoire	100%	150%	250%
	Parodontologie non remboursée par l'assurance maladie obligatoire /an	100€	160€	250€
	Implantologie non remboursée par l'assurance maladie obligatoire (maxi 2 implants par an) /implant	100€	160€	250€
 <b>APPAREILLAGE <sup>(4)</sup></b>	Orthopédie, petits et grands appareillages, prothèses capillaires, prothèses mammaires	100%	150%	250%
	Fauteuil roulant (forfait annuel)	100% + 400€	100% + 400€	100% + 400€
	Prothèses auditives (forfait annuel)	100% + 100€	100% + 200€	100% + 350€
 <b>PRÉVENTION ET MÉDECINE DOUCE <sup>(5)</sup></b>	Médicaments, vaccins prescrits non remboursés par l'assurance maladie obligatoire /an	100€	125€	150€
	Ostéodensitométrie non remboursée par l'assurance maladie obligatoire	40€	40€	40€
	Podologie, Pédicurie /an	20€/séance 2 séances	20€/séance 3 séances	20€/séance 4 séances
	Ostéopathe, Diététicien, Acupuncteur /an	20€/séance 2 séances max	20€/séance 3 séances max	20€/séance 4 séances max
	Actes de prévention remboursés par l'assurance maladie obligatoire	100%	100%	100%
 <b>CURES THERMALES <sup>(1)</sup></b>	Honoraires de surveillance médicale, forfait thermal, forfait hébergement	100% + 100€	100% + 160€	150% + 200€



Garantie exprimée en pourcentage de la base de remboursement de l'assurance maladie obligatoire (part assurance maladie obligatoire incluse) ou en euros sur présentation des factures acquittées  
Remboursements limités aux frais engagés.

	FORCE 1	FORCE 2	FORCE 3	
<b>HOSPITALISATION (4)</b>	Actes chirurgicaux, d'anesthésie et d'obstétrique	100%	150%	250%
	Si acte médical supérieur à 120 €, prise en charge du forfait	Frais réels	Frais réels	Frais réels
	Honoraires médicaux	100%	150%	250%
	Frais de séjour	150%	150%	150%
	Forfait journalier	100%	100%	100%
	Chambre particulière /jour	30€	45€	60€
	Frais d'accompagnement /jour	15€	20€	35€
	Hospitalisation à domicile	100%	150%	250%
Frais de séjour et honoraires hospitalisation secteur non conventionné (limité à 45 jours/an) /jour	—	100€	125€	
<b>TRANSPORT (1)</b>	Transports	100%	100%	100%

## Vos renforts DA

	RENFORT +	RENFORT ++	
<b>DENTAIRE</b>	Soins et consultations	75%	100%
	Prothèses ou implants remboursés par l'assurance maladie obligatoire	75%	100%
	Orthodontie remboursée par l'assurance maladie obligatoire	75%	100%
<b>OPTIQUE</b>	Monture + verres simples remboursé par l' Assurance Maladie	100€	150€
	Monture + verres complexes remboursés par l'Assurance Maladie (150€ max / monture)	100€	150€
	Forfait lentilles	100€	150€
<b>APPAREILLAGE</b>	Orthopédie, petits et grands appareillage, prothèses capillaires, mammaires	100€	100€
	Prothèse auditives	100€	100€

Vos garanties et niveaux de remboursement seront automatiquement adaptés en fonction des évolutions législatives et réglementaires régissant les « contrats responsables ». Si vous êtes hors parcours de soins coordonnés, votre contrat ne prendra pas en charge la diminution des remboursements appliquée par l'assurance maladie obligatoire, ni les dépassements d'honoraires.

(a) Les dépassements sur les actes et honoraires pratiqués par des médecins n'ayant pas adhéré au dispositif du contrat d'accès aux soins sont minorés de 20% par rapport au pourcentage indiqué dans le tableau et en tout état de cause plafonnés à 225% pour 2015 et 2016 et à 200% à partir de 2017.

Les forfaits hors optique sont calculés par année civile et par bénéficiaire. Ils sont non reportables d'une année sur l'autre.

(1) Ces prestations sont prises en charge par la Mutuelle, sous réserve d'un remboursement de l'assurance maladie obligatoire.

(2) OPTIQUE

- Un équipement optique est composé d'une monture et de 2 verres. En application du décret 2014-1374 du 18 novembre 2014 régissant les « contrats responsables », la Mutuelle rembourse un forfait équipement optique tous les 2 ans ou tous les ans pour les mineurs ou en cas de renouvellement justifié par une évolution de la vue, période calculée à compter de la date d'acquisition de l'équipement optique.
- Le forfait équipement optique s'entend prise en charge du ticket modérateur inclus.
- La Mutuelle rembourse les verres selon le détail ci-dessous :

### Répartition des verres par codes lpp selon la nomenclature de l'assurance maladie obligatoire

- Equipement simple : Monture + verres simple foyer dont la sphère est comprise entre - 6,00 et + 6,00 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries :

LPP : 2203240 - 2287916 - 2259966 - 2226412 - 2261874 - 2200393 - 2242457 - 2270413

- Equipement complexe : Monture + verres simple foyer dont la sphère est hors zone de - 6,00 à + 6,00 dioptries ou dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries ou verres multifocaux ou progressifs - verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est hors zone de - 8,00 à + 8,00 dioptries ou à verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est hors zone de -4,00 à + 4,00 dioptries :

LPP : 2282793 - 2263459 - 2280660 - 2265330 - 2235776 - 2295896 - 2284527 - 2254868 - 2212976 - 2252668 - 2288519 - 2299523 - 2290396 - 2291183 - 2227038 - 2299180 - 2245384 - 2295198 - 2202239 - 2252042 - 2243540 - 2243304 - 2273854 - 2283953 - 2238941 - 2245036 - 2259245 - 2238792 - 2240671 - 2234239 - 2297441 - 2291088 - 2248320 - 2219381 - 2268385 - 2206800 - 2264045 - 2202452 - 2282221 - 2202452 - 2282221 - 2259660

• Dans le cas d'un équipement mixte (monture + 2 verres l'un simple, l'autre complexe), le remboursement s'effectue sur la base d'un équipement complexe.

• Le forfait concernant les lentilles non remboursées par l'assurance maladie obligatoire est versé sur prescription médicale et sur facture acquittée.

(3) DENTAIRE

• Les prothèses, l'orthodontie, la parodontologie et l'implantologie non remboursées par l'assurance maladie obligatoire sont prises en charge sur présentation d'une facture acquittée d'un praticien agréé, si leur remboursement est prévu dans la garantie souscrite.

• Le plafond dentaire annuel concerne les prothèses, implants et parodontologie remboursés et les prothèses non remboursées par l'assurance maladie obligatoire, ainsi que les Inlay core et Inlay core à clavettes. La Mutuelle prend en charge à ce titre leur remboursement, dans la limite du montant indiqué. Au-delà, la Mutuelle rembourse ces frais dentaires à hauteur de 100%.

(4) HOSPITALISATION

• La chambre particulière est prise en charge à partir d'une nuit d'hospitalisation ; la prise en charge s'exerce à concurrence du tarif plafond indiqué, sauf convention particulière passée entre la Mutuelle et l'établissement.

• La durée de prise en charge de la chambre particulière est illimitée en chirurgie et médecine et limitée à 60 jours par année civile en maternité, rééducation, maison de repos, de convalescence et moyen séjour, limitée à 45 jours en psychiatrie, neuropsychiatrie.

- La chambre particulière n'est pas prise en charge pour les séjours en colonie sanitaire, cure thermique ou médicale, diététique, régime, nutrition ainsi que les séjours de lutte contre toutes sortes d'addiction.

• Le forfait journalier facturé par les établissements hospitaliers est pris en charge sans limitation de durée. Cette prise en charge s'applique aux séjours en hospitalisation complète en Médecine, Chirurgie, Obstétrique et Odontologie (MCOO), en Soins de Suite et de Réadaptation (SSR) et en Psychiatrie (PSY). Elle s'applique aussi si les séjours en cures thermales ou médicales, en colonie sanitaire, en maison d'enfants ou les séjours de lutte contre toutes sortes d'addiction sont effectués dans un établissement hospitalier.

• Le forfait journalier facturé par des établissements médico-sociaux, tels que prévus à l'article L.174-4 du Code de la Sécurité sociale n'est pas pris en charge.

• Sont exclus les remboursements afférents aux frais liés aux séjours en maison de retraite et hospice et séjours en unités et centres de longue durée.

• Les frais d'accompagnement (lit d'accompagnant et repas en milieu hospitalier) doivent se situer pendant la durée de l'hospitalisation et concernent l'hospitalisation d'un enfant de moins de 16 ans ou d'un adulte de plus de 75 ans dans la limite de 30 jours par an ou dans les autres cas, dans la limite de 2 jours par an. L'indemnité versée est plafonnée au montant indiqué sur le tableau des garanties.

• Est réputé "accident de la circulation", l'accident :

- provoqué par un objet, un véhicule, un animal ou un piéton, lorsque le membre participant ou l'un de ses ayants droit circule à pied sur une voie publique ou privée,

- survenu à l'occasion d'un parcours effectué par le membre participant ou l'un de ses ayants droit, soit en tant que passager d'une ligne régulière de transport par voie de fer, d'air ou d'eau, soit en tant que passager ou conducteur d'un véhicule sur voie de terre.

Il est précisé que les accidents survenant lors de la pratique d'une activité sportive nécessitant l'utilisation de véhicules à moteur ne sont pas considérés comme des accidents de la circulation.

(5) PREVENTION ET MEDECINES DOUCES

- Si le tableau de garantie le prévoit, la Mutuelle rembourse les prestations indiquées soit sur prescription médicale et sur facture acquittée du praticien ou de l'établissement sous déduction de l'éventuelle prise en charge de l'assurance maladie obligatoire, soit s'il s'agit de séances sur facture acquittée du praticien agréé dans la discipline.

• Assistance : 0 810 638 440