Macif Mutuelle Santé

NOTE D'INFORMATION DÉTAILLÉE

BIENVENUE

Garanties en vigueur au 1er juin 2026

Nous vous remercions d'avoir choisi la complémentaire santé proposée par la Macif et vous souhaitons la bienvenue parmi nos adhérents.

Souscrire le contrat **MACIF MUTUELLE SANTÉ,** c'est faire le choix d'une complémentaire santé adaptée à vos besoins et au meilleur prix.

Avec **MACIF MUTUELLE SANTÉ,** vous disposez :

- d'une offre modulable qui s'adapte à vos besoins ;
- d'une récompense de votre fidélité ;
- de remboursements rapides ;
- d'un espace personnel en ligne pour consulter vos remboursements ou accéder à votre carte de tiers payant ;
- d'un simulateur de remboursement en ligne afin d'anticiper votre éventuel reste à charge ;
- des prestations d'assistance complètes pour vous accompagner en cas de coup dur ;
- des services de notre réseau de soins pour réduire vos dépenses de santé.

Chaque jour, nous nous engageons à vos côtés pour simplifier vos démarches de santé et garantir une meilleure prise en charge de vos besoins.

Le contrat MACIF MUTUELLE SANTÉ est un contrat collectif à adhésion facultative souscrit par :

- la Macif au profit de ses sociétaires, de leur conjoint, descendants ou ascendants ;

OU

- l'APPIC (Association pour la Promotion de la Prévoyance Individuelle et Collective) au profit de leurs membres professionnels indépendants et de leur conjoint collaborateur.

Il est assuré par Macif Santé Prévoyance, mutuelle régie par le Livre II du Code de la mutualité et adhérente à la Mutualité Française. Macif Santé Prévoyance est soumise au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution - 4 place de Budapest - CS 92459 - 75436 Paris cedex 09.

Les statuts de Macif Santé Prévoyance sont consultables sur le site Internet www.macif.fr

Les garanties Macif Assistance prévues au contrat sont assurées par IMA Assurances, entreprise soumise au Code des assurances.

Ce contrat, solidaire et responsable au sens de l'article L.871-1 du Code de la Sécurité social, respecte le cahier des charges défini aux articles R.871-1 et -2 du même code.

La présente note d'information détaillée définit vos droits et devoirs ainsi que ceux de la mutuelle. Ce contrat est soumis à la loi française et la langue utilisée pendant toute la vie du contrat est le français.



Pour une meilleure lecture de votre contrat MACIF MUTUELLE SANTÉ, le "vous" doit être compris comme l'adhérent et le "nous" comme la Mutuelle.

Un lexique se trouve en fin de document pour votre compréhension des termes techniques.

Sourdline
ON VOUS CONNECTE !

Si vous êtes sourd ou malentendant :
vous pouvez bénéficier d'un service adapté en LSF, LPC ou Tchat sur macif.fr / rubrique « urgence et contact ».

HandiCaPZéro

Si vous êtes aveugle ou malvoyant :
vous pouvez bénéficier de l'envoi de votre courrier en caractères agrandis, braille et audio, sur macif.fr / rubrique « urgence et contact » ou auprès de HandiCaPZéro.

0 800 39 39 51 Service & appel gratuits

Nous contacter :

Point d'accueil téléphonique
N°Cristal 09 69 39 49 49
APPEL NON SURTAXE

Plus de 450 points d'accueil à votre service

Sur Internet, rendez-vous sur macif.fr

Téléchargez l'appli mobile disponible sur
DISPONIBLE SUR Google Play
Télécharger dans l'App Store

MACIF MUTUELLE SANTÉ, UNE ASSURANCE SANTÉ QUI FACILITE VOTRE ACCÈS AUX SOINS

SONIA - *32 ANS / ENCEINTE DE SON PREMIER ENFANT*

Détentrice d'une formule **ÉQUILIBRÉE 1,** Sonia a pu mettre en jeu plusieurs garanties du contrat :

- la prise en charge de **sa chambre particulière** de 50 € par jour (qui n'est pas remboursée par la Sécurité sociale) lors de son séjour en maternité ;
- le remboursement de ses **médicaments,** y compris ceux remboursés à 15 % par la Sécurité sociale ;
- de retour chez elle, Sonia est rassurée grâce aux prestations d'assistance dont elle bénéficie : une **aide ménagère** et un **intervenant qualifié à son domicile** pour faciliter **l'acquisition des premiers gestes** liés à la maternité ;
- d'un conseil médical à l'occasion d'une **téléconsultation** pour son enfant malade un dimanche ;
- pour son bien être physique, les **2 séances d'ostéopathie** de Sonia ont été prises en charge dans le cadre de son contrat à raison de 35 € par séance ;
- en déclarant son enfant auprès de sa mutuelle, Sonia a appris avec joie le versement d'une **prime naissance de 100 €.** Elle va en profiter pour acheter un lit parapluie pour les séjours de l'enfant chez ses grands-parents.

CLÉMENT - *22 ANS / ÉTUDIANT*

Ayant souscrit la formule **ÉCONOMIQUE 1,** Clément apprend qu'il doit subir une intervention chirurgicale pour l'extraction de ses 4 dents de sagesse qui le font souffrir.

L'intervention se fera **en ambulatoire.** Il bénéficiera ainsi de :

- la prise en charge **des honoraires chirurgicaux ;**

  Sa mutuelle l'informe qu'il n'est pas obligé d'accepter la chambre particulière proposée par l'hôpital (non remboursée dans le cadre de son contrat). Cela lui permettra ainsi de limiter ses frais.

- grâce à **sa carte de tiers payant,** Clément n'aura **pas à faire l'avance** de ses frais de santé que ce soit à l'hôpital ou à la pharmacie pour ses médicaments remboursés à 65 % par la Sécurité sociale. La mère de Clément pourra venir de Normandie pour accompagner son fils à l'hôpital et prendre soin de lui. Son billet Aller/Retour sera pris en charge.

MARIE - *68 ANS / RETRAITÉE / VIT SEULE À SON DOMICILE*

À la suite d'une chute dans l'escalier, Marie a du être hospitalisée 6 jours pour une opération de la hanche.

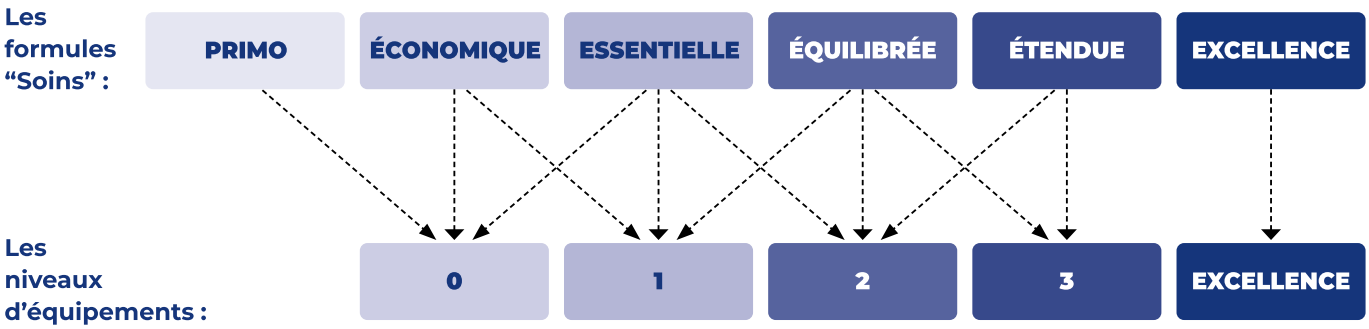
Grâce à sa formule **ÉTENDUE 2**, Marie a bénéficié :

- de la prise en charge de **ses frais d'hospitalisation :** forfait journalier hospitalier, honoraires du chirurgien, kinésithérapeute, radiologie, analyses… ;
- d'un forfait **"Chambre Particulière"** de 70 € par jour pour plus de confort et un meilleur repos ;
- de la prise en charge de **ses frais de transport** en ambulance pour rentrer chez elle ;
- de **l'appel d'une infirmière en sortie d'hospitalisation** qui lui a permis de vérifier son ordonnance et l'adaptation de son activité quotidienne ;
- de l'organisation et la prise en charge du **déplacement Aller/Retour de sa fille** habitant dans le sud de la France ;
- de l'intervention d'une **auxiliaire de vie** dès son retour au domicile ;
- d'un **transport aux rendez-vous médicaux ;**
- de la **livraison de courses et de médicaments.**

Ce qui a permis à sa fille de repartir plus sereine.

AVEC MACIF MUTUELLE SANTÉ, 12 NIVEAUX DE GARANTIES SONT POSSIBLES POUR COUVRIR TOUS VOS BESOINS

Votre contrat se compose d'une formule "Soins" complétée d'un niveau "Équipements", selon les combinaisons suivantes :



Exemple de lecture : la formule "Soins" **ÉQUILIBRÉE** *peut être complétée, au choix, d'un niveau d'équipements* **1**, **2** *ou* **3**.

SOMMAIRE

VOTRE ADHÉSION	05
TABLEAU DES GARANTIES SANTÉ	06/09
VOS GARANTIES SANTÉ	10/18
LA VIE DE VOTRE CONTRAT	19/22
VOS REMBOURSEMENTS	23/24
VOS GARANTIES MACIF ASSISTANCE	25/35
LEXIQUE	36/38

VOTRE ADHÉSION

CONDITIONS D'ADHÉSION

Pour adhérer au contrat MACIF MUTUELLE SANTÉ, vous devez :

- être sociétaire de la Macif, conjoint, ascendant ou descendant d'un sociétaire ;
- être âgé de plus de 16 ans et avoir la capacité de contracter ;
- résider en France métropolitaine ou dans un département et région d'outre-mer (DROM) ;
- être affilié à un Régime obligatoire français d'assurance maladie.

Ces conditions d'adhésion doivent être remplies au moment de l'adhésion et tout au long de la vie du contrat.

L'adhésion est possible **sans limite d'âge.** Cependant, à partir de 70 ans, vous et vos ayants droit devez justifier d'une couverture complémentaire précédente, sans interruption de garantie au moment de la souscription. Pour cela, vous et vos ayants droit devez nous remettre un certificat de radiation mentionnant la date de fin de votre précédente couverture fixée à la veille de la date d'effet de l'adhésion.

FORMALITÉS D'ADHÉSION

Vous devez :

- compléter, signer et dater la Demande d'assurance contenant la formule de garanties souscrite et les éventuels ayants droit que vous souhaitez désigner comme assurés au titre du contrat ;
- fournir une copie de votre pièce d'identité en cours de validité ainsi qu'une copie de l'attestation de carte Vitale de chacun des assurés ;
- le cas échéant, le mandat de résiliation dûment signé si vous souhaitez nous confier la résiliation de votre contrat santé détenu auprès d'un autre organisme assureur.

En cas de paiement par prélèvement, vous devez également remplir un mandat de prélèvement SEPA et fournir un relevé d'identité bancaire.

L'adhésion n'est soumise à aucun questionnaire médical.

Les membres de votre famille bénéficient de la même formule de garanties.

Les personnes pouvant être désignées comme assuré au contrat sont :	**Qualité**
● Votre conjoint ● Vos ascendants vivant sous votre toit	**ADULTE**
● Vos enfants de moins de 20 ans ● Vos enfants âgés de 20 à 26 ans qui justifient de la poursuite d'études (certificat de scolarité exigé)	**ENFANT**

Les enfants âgés de 20 à 26 ans vivant sous votre toit et ne poursuivant pas d'études sont invités à souscrire un contrat à leur nom.

Le nombre d'assurés adultes est limité à trois par adhésion, le nombre d'assurés enfants n'est pas limité.

La mutuelle concrétise votre adhésion par l'envoi d'une carte de tiers payant qui vous permet de bénéficier du service de tiers payant auprès des professionnels de santé conventionnés.

Si un des assurés est bénéficiaire d'un autre contrat de complémentaire santé, vous devez nous en informer.

PRISE D'EFFET DE VOTRE ADHÉSION

L'adhésion au contrat prend effet à la date figurant sur votre Demande d'assurance. **La prise d'effet du contrat** interviendra au plus tôt le 15 du mois en cours ou le 1er du mois suivant, selon la date de signature de votre contrat.

Toutefois, si vous nous avez donné mandat pour procéder à la résiliation de votre contrat santé détenu auprès d'un autre organisme assureur, votre contrat prendra effet le lendemain de la résiliation effective de votre précédent contrat, afin de vous garantir une continuité de couverture.

TABLEAU DES GARANTIES SANTÉ

Le tableau de garanties indique les plafonds de remboursement des dépenses de santé effectuées par l'assuré ayant respecté le parcours de soins. Ces remboursements sont effectués en excluant la participation forfaitaire et la franchise médicale annuelle de l'assuré qui restent à sa charge et dans la limite des dépenses engagées par l'assuré. Pour les actes hors parcours de soins, les remboursements de la mutuelle sont identiques en montant à ceux effectués dans le cadre du parcours de soins à l'exception des dépassements d'honoraires qui ne sont pas pris en charge. Pour une meilleure compréhension, vous pouvez vous reporter au chapitre "Comment obtenir vos remboursements".

Les remboursements, forfaits, limites, plafonds et délais d'attente s'entendent par assuré. Sauf exceptions mentionnées dans le tableau, les forfaits sont annuels et la référence est l'année civile.

Les remboursements exprimés en pourcentage le sont par rapport aux bases de remboursement de la Sécurité sociale en incluant son remboursement. Ces garanties sont accordées sous réserve d'une intervention du Régime obligatoire.

Les remboursements exprimés en euros correspondent au remboursement de la mutuelle seule hors remboursement de la Sécurité sociale, sauf disposition contraire mentionnée dans le tableau de garantie.

LES FORMULES "SOINS" PROPOSÉES :	PRIMO	ÉCONOMIQUE	ESSENTIELLE	ÉQUILIBRÉE	ÉTENDUE *	EXCELLENCE *
HOSPITALISATION (y compris ambulatoire) [1]						
Honoraires (chirurgicaux et médicaux)						
– médecins non adhérents à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée	100 %	100 %	100 %	125 %	175 %	200 %
– médecins adhérents à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée	100 %	100 %	125 %	150 %	200 %	250 %
Radiologie						
– médecins non adhérents à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée	100 %	100 %	100 %	125 %	175 %	200 %
– médecins adhérents à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée	100 %	100 %	125 %	150 %	200 %	250 %
Honoraires paramédicaux [2]	100 %	100 %	100 %	125 %	175 %	200 %
Analyses et examens de laboratoire	100 %	100 %	100 %	125 %	175 %	200 %
Participation forfaitaire sur les actes techniques égaux ou supérieurs à 120 €	Remboursement intégral	Remboursement intégral	Remboursement intégral	Remboursement intégral	Remboursement intégral	Remboursement intégral
Forfait journalier hospitalier	Remboursement intégral	Remboursement intégral	Remboursement intégral	Remboursement intégral	Remboursement intégral	Remboursement intégral
Forfait patient urgences	Remboursement intégral	Remboursement intégral	Remboursement intégral	Remboursement intégral	Remboursement intégral	Remboursement intégral
Frais de transport	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Frais de séjour	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Chambre particulière						
– médecine, chirurgie, obstétrique, maternité	-	-	30 € par nuit	50 € par nuit	70 € par nuit	80 € par nuit
– soins de suite et de réadaptation, psychiatrie	-	-	30 € par nuit *(limité à 60 nuits par an)* [3]	50 € par nuit *(limité à 60 nuits par an)* [3]	70 € par nuit *(limité à 60 nuits par an)* [3]	80 € par nuit *(limité à 60 nuits par an)* [3]
Chambre d'accompagnant avec nuitée (lit et frais de repas)						
– médecine, chirurgie, obstétrique, maternité	-	-	10 € par nuit	20 € par nuit	25 € par nuit	30 € par nuit
– soins de suite et de réadaptation, psychiatrie	-	-	10 € par nuit [3]	20 € par nuit [3]	25 € par nuit [3]	30 € par nuit [3]
Chambre particulière ambulatoire	-	-	10 € par jour	15 € par jour	20 € par jour	25 € par jour
Honoraires chirurgicaux, médicaux, paramédicaux, radiologie, analyses et examens de laboratoire en cas d'hospitalisation à l'étranger	100 %	100 %	100 %	100 %	120 %	140 %
PRIME NAISSANCE						
Prime naissance	100 € par enfant	100 € par enfant	100 € par enfant	100 € par enfant	100 € par enfant	100 € par enfant
SOINS COURANTS						
Honoraires médicaux - Consultations médecine générale et spécialiste						
– médecins non adhérents à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée	100 %	100 %	100 %	125 %	175 %	200 %
– médecins adhérents à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée	100 %	100 %	125 %	150 %	200 %	250 %
Radiologie						
– médecins non adhérents à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée	100 %	100 %	100 %	125 %	175 %	200 %
– médecins adhérents à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée	100 %	100 %	125 %	150 %	200 %	250 %
Consultations de psychologues remboursées par le Régime obligatoire	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Honoraires paramédicaux [2]	100 %	100 %	100 %	125 %	175 %	200 %
Analyses et examens de laboratoire	100 %	100 %	100 %	125 %	175 %	200 %
Médicaments et honoraires de dispensation						
– pharmacie remboursée à 65 % par le RO	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
– pharmacie remboursée à 30 % par le RO	30 % [4]	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
– pharmacie remboursée à 15 % par le RO	15 % [4]	15 % [4]	100 %	100 %	100 %	100 %
Transport hors hospitalisation	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Honoraires médicaux, paramédicaux, radiologie, analyses et examens de laboratoire en cas de soins courants à l'étranger	100 %	100 %	100 %	100 %	120 %	140 %
PRÉVENTION ET MIEUX-ÊTRE						
Séances Mieux-être [5] – ostéopathe, acupuncteur, diététicien, chiropracteur, pédicure, podologue, psychologue (non remboursé par le RO), sophrologue, hypnothérapeute – activité physique adaptée	-	-	25 € par séance *2 séances par année civile*	35 € par séance *3 séances par année civile*	45 € par séance *3 séances par année civile*	45 € par séance *4 séances par année civile*
Pharmacie non remboursée – contraception, tests de grossesse et d'ovulation, autotest VIH – matériel de surveillance de l'hypertension artérielle – vaccins prescrits et non remboursés par le Régime obligatoire (dont vaccin antigrippal) – homéopathie, médicaments prescrits ou référencés ANSM	20 € par an *Prestations limitées à : vaccin anti grippal, contraception, autotest VIH*	20 € par an *Prestations limitées à : vaccin anti grippal, contraception, autotest VIH*	30 € par an	40 € par an	60 € par an	80 € par an

*** Sur les formules identifiées, votre Demande d'assurance peut faire mention de l'application d'un délai d'attente. Dans ce cas, vous bénéficiez, pendant 3 mois suivant la prise d'effet du contrat, des garanties de la formule ÉQUILIBRÉE 2.**

(1) *Sont exclus les séjours en établissements médico-sociaux (tels que notamment les maisons d'accueil spécialisées, les centres médico-éducatifs, les instituts psychopédagogiques, les centres de rééducation professionnelle), les séjours en établissements pour personnes âgées ou dépendantes (tels que notamment les EHPAD et les maisons de retraite), les séjours en ateliers thérapeutiques, les hospitalisations et séjours en établissements, centres ou services dits de longs séjours.* **(2)** *Entrent dans cette catégorie les honoraires des infirmiers(ères), masseurs-kinésithérapeutes, orthophonistes, orthoptistes, pédicures-podologues pris en charge par le Régime obligatoire. Les sages femmes sont assimilées à cette catégorie.* **(3)** *Les forfaits chambre particulière et chambre accompagnant garantis pour une hospitalisation en soins de suite, réadaptation et psychiatrie sont chacun versés dans la limite globale de 60 nuits par an. Les prestations versées au cours de l'année au titre de la chambre particulière et de la chambre accompagnant pour les séjours en Médecine, Chirurgie, Obstétrique et Maternité sont comptabilisées dans cette limite globale annuelle et viennent donc en déduction.* **(4)** *Remboursement par le Régime obligatoire uniquement.* **(5)** *Limite globale annuelle pour l'ensemble des spécialités.*

Dispositif de pratique tarifaire maîtrisée : OPTAM pour les médecins de secteur 2 qui choisissent d'y adhérer et OPTAM-ACO pour l'Anesthésie, Chirurgie et Obstétrique. / ANSM : Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé. / RO : Régime obligatoire. / LPP : Liste des Produits et Prestations.

TABLEAU DES GARANTIES SANTÉ

LES NIVEAUX “ÉQUIPEMENTS” PROPOSÉS :	0	1	2	3 *	EXCELLENCE *
DENTAIRE					
Actes et soins dentaires	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Soins d’obturation Inlay / Onlay / Overlay	100 %	100 %	125 % + 100 €	125 % + 150 €	125 % + 200 €
Prothèses dentaires 100 % Santé [6]	Remboursement intégral [7]	Remboursement intégral [7]	Remboursement intégral [7]	Remboursement intégral [7]	Remboursement intégral [7]
Autres prothèses dentaires remboursées par le RO					
– couronnes dentaires transitoires	100 %	100 %	20 € par couronne transitoire	35 € par couronne transitoire	50 € par couronne transitoire
– couronnes dentaires	100 %	100 %	200 € par couronne	300 € par couronne	400 € par couronne
– bridge (3 à 5 dents)	100 %	100 %	400 € par bridge	650 € par bridge	900 € par bridge
– appareil dentaire amovible (1 à 3 dents)	100 %	100 %	200 € par appareil	300 € par appareil	400 € par appareil
– Inlay-core	100 %	100 %	60 € par Inlay-core	90 € par Inlay-core	120 € par Inlay-core
– dent supplémentaire ou réparation sur bridge et appareil dentaire amovible	100 %	100 %	15 € par dent ou réparation	25 € par dent ou réparation	35 € par dent ou réparation
Orthodontie remboursée par le RO [8]	100 %	100 € par semestre	200 € par semestre	350 € par semestre	450 € par semestre
Orthodontie non remboursée par le RO [8]	-	-	100 € par semestre	150 € par semestre	200 € par semestre
Implants dentaires	-	-	250 €	350 €	450 €
Parodontie non remboursée par le RO	-	-	150 €	200 €	250 €
Pour les soins d’obturation Inlay / Onlay / Overlay, les autres prothèses dentaires remboursées par le RO, l’orthodontie remboursée ou non par le RO, les implants dentaires, la parodontie, un plafond annuel global s’applique [9] **:**					
– année 1 (jusqu’à la fin du 12e mois d’affiliation de l’assuré)	-	-	500 €	750 €	1 000 €
– année 2 (jusqu’à la fin du 24e mois d’affiliation de l’assuré)	-	-	1 000 €	1 250 €	1 500 €
– année 3 (jusqu’à la fin du 36e mois d’affiliation de l’assuré)	-	-	1 500 €	1 750 €	2 000 €
OPTIQUE					
Équipements 100 % Santé (monture et verres) [6]	Remboursement intégral [7]	Remboursement intégral [7]	Remboursement intégral [7]	Remboursement intégral [7]	Remboursement intégral [7]
Autres montures et verres remboursés par le RO					
– monture adulte et enfant	100 %	60 €	60 €	100 € [10]	100 € [10]
– verre correction simple (l’unité)	100 %	20 €	50 €	70 €	100 €
– verre correction complexe (l’unité)	100 %	70 €	100 €	140 €	200 €
+ renfort si verre hypercomplexe (l’unité)	-	-	30 €	40 €	50 €
Le nombre d’équipement optique (2 verres + 1 monture) est limité à 1 équipement par période de 2 ans, à l’exception des cas pour lesquels un renouvellement anticipé est possible règlementairement. Pour chaque assuré, le point de départ de la période correspond à la date de l’équipement.					
Lentilles de contact	100 % [11]	80 €	130 €	180 €	230 €
Chirurgie réfractive de l’œil [12]	-	-	-	300 €	400 €
AIDES AUDITIVES					
Équipements 100 % Santé [6]	Remboursement intégral [7]	Remboursement intégral [7]	Remboursement intégral [7]	Remboursement intégral [7]	Remboursement intégral [7]
Autres aides auditives remboursées par le RO					
– appareil acoustique (> 20 ans)	100 %	100 %	450 € par appareil	600 € par appareil	750 € par appareil
– appareil acoustique (≤ 20 ans)	100 %	100 %	650 € par appareil	750 € par appareil	850 € par appareil
Le nombre d’équipement (1 appareil acoustique) est limité à 1 équipement par oreille et par période de 4 ans. Pour chaque assuré, le point de départ de la période correspond à la date de l’équipement. Pour les assurés du Régime Alsace-Moselle, le montant forfaitaire remboursé par la mutuelle au titre de la garantie “Autres aides auditives remboursées par le RO / appareil acoustique (≤ 20 ans)” ne peut être supérieur à 440 € par appareil, afin de respecter les plafonds de remboursement prévus par le contrat responsable.					
Entretien, piles et accessoires remboursés par le RO	100 %	30 €	40 €	50 €	60 €
APPAREILLAGE					
Matériel médical [13]	100 %	100 %	150 %	200 %	250 %
Appareils de basse vision [14]	100 %	100 % + 250 €	100 % + 250 €	100 % + 250 €	100 % + 250 €
Véhicules pour handicapés physiques en location de courte durée inscrits au titre IV de la LPP	Remboursement intégral [7]	Remboursement intégral [7]	Remboursement intégral [7]	Remboursement intégral [7]	Remboursement intégral [7]
Prothèses capillaires de classe II	Remboursement intégral [7]	Remboursement intégral [7]	Remboursement intégral [7]	Remboursement intégral [7]	Remboursement intégral [7]
CURES THERMALES REMBOURSÉES PAR LE RÉGIME OBLIGATOIRE					
Soins, transport, et hébergement	-	100 %	100 % + 100 €	100 % + 200 €	100 % + 300 €

*** Sur les formules identifiées, votre Demande d’assurance peut faire mention de l’application d’un délai d’attente. Dans ce cas, vous bénéficiez, pendant 3 mois suivant la prise d’effet du contrat, des garanties de la formule ÉQUILIBRÉE 2.**

(6) *Tels que définis réglementairement.* **(7)** *Dans les limites et conditions de la réglementation en vigueur.* **(8)** *Forfait par semestre de traitement, pouvant être proratisé selon la durée effective de traitement.* **(9)** *Pour ces garanties, lorsque le plafond est atteint, une prise en charge minimale de 125 % de la base de remboursement (y compris le remboursement du Régime obligatoire) est assurée.* **(10)** *Par exception, ce forfait de 100 € correspond au remboursement de la mutuelle en incluant le remboursement de la Sécurité sociale.* **(11)** *Uniquement les lentilles prises en charge par le Régime obligatoire.* **(12)** *Forfait par œil et par année civile. Ensemble des techniques de chirurgie qui permettent de corriger des troubles de la vue comme la myopie, l’hypermétropie, l’astigmatisme et la presbytie.* **(13)** *Hors titre IV de la LPP, objets contraceptifs, basse vision, aides auditives et prothèses capillaires de classe II.* **(14)** *Aides visuelles pour les personnes dont l’acuité visuelle avec correction est inférieure à 4/10e.*

VOS GARANTIES SANTÉ

Les garanties sont accordées dans les conditions et limites de la formule souscrite et mentionnée dans votre demande d'assurance. Pour connaître le détail des prestations comprises dans votre formule, référez-vous aux tableaux de garanties ci-avant.

Le montant des garanties peut être modifié à tout moment par la mutuelle en fonction de l'évolution de la réglementation et en particulier celle relative à la Sécurité sociale. Le changement du montant des garanties vous est alors notifié.

LES GARANTIES DES FORMULES "SOINS"



LES DISPOSITIFS DE PRATIQUE TARIFAIRE MAÎTRISÉE (OPTAM/OPTAM-ACO)

L'assurance maladie et les syndicats de médecins ont mis en place des dispositifs dans lesquels les médecins adhérents s'engagent notamment à limiter leurs dépassements d'honoraires.

Quels avantages pour l'assuré ?

- Un meilleur remboursement par le Régime obligatoire.
- Une meilleure prise en charge des dépassements d'honoraires de ces médecins par la mutuelle, le contrat MACIF MUTUELLE SANTÉ étant responsable.

Comment connaître les médecins signataires ?

Le site annuairesante.ameli.fr permet de rechercher un professionnel de santé ou un établissement de soins et d'obtenir des informations sur celui-ci.

Hospitalisation

Le remboursement de l'ensemble des prestations listées ci-dessous est soumis à la prise en charge de l'hospitalisation par le Régime obligatoire.

SONT GARANTIS :

- **Les honoraires (chirurgicaux et médicaux)**

La prise en charge des dépassements d'honoraires diffère selon que le médecin consulté est adhérent à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée ou non.

- **La radiologie (y compris les produits pour examens)**

La prise en charge des dépassements d'honoraires diffère selon que le médecin consulté est adhérent à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée ou non.

- **Les honoraires paramédicaux**

Entrent dans cette catégorie les honoraires des infirmiers (ères), masseurs-kinésithérapeutes, orthophonistes, orthoptistes, pédicures-podologues pris en charge par le Régime obligatoire. Les sages femmes sont assimilées à cette catégorie.

- **Les analyses et examens de laboratoire**
- **La participation forfaitaire sur les actes techniques égaux ou supérieurs à 120 €**
- **Le forfait patient urgences**

Est pris en charge le forfait patient urgences facturé en cas de passage aux urgences non suivi d'une hospitalisation.

- **Les frais de transport**
- **Les frais de séjour**
- **Le forfait journalier hospitalier**

Cette garantie est mise en jeu lorsque l'assuré passe au moins une nuit dans l'établissement hospitalier.

- **Les honoraires chirurgicaux, médicaux, paramédicaux, radiologie, analyses et examens de laboratoire en cas d'hospitalisation à l'étranger, pris en charge par le Régime obligatoire**
- **Les soins et prestations liés à une hospitalisation, pris en charge au titre de l'Hospitalisation A Domicile (HAD)**

GARANTIES SUPPLÉMENTAIRES DES FORMULES DE SOINS ESSENTIELLE, ÉQUILIBRÉE, ÉTENDUE ET EXCELLENCE :

- **La chambre particulière**

Cette garantie est mise en jeu lorsque l'assuré passe au moins une nuit dans l'établissement hospitalier.

- **La chambre accompagnant (frais de lit et de repas)**

Cette garantie est mise en jeu lorsque l'assuré passe au moins une nuit dans l'établissement hospitalier.

LIMITE DES GARANTIES CHAMBRE PARTICULIÈRE ET CHAMBRE ACCOMPAGNANT

Les prestations prévues au titre de la chambre particulière et la chambre accompagnant en Médecine, Chirurgie, Obstétrique et Maternité sont illimitées.

Pour une hospitalisation en soins de suite, réadaptation et psychiatrie, le forfait prévu est versé dans la limite globale de 60 nuits par année civile et par assuré.

Les prestations versées au cours de l'année au titre de la chambre particulière ou la chambre accompagnant pour les séjours en Médecine, Chirurgie, Obstétrique et Maternité sont comptabilisées dans cette limite globale annuelle et viennent donc en déduction.

■ **La chambre particulière ambulatoire**

CE QUI EST EXCLU EN HOSPITALISATION :

- **les séjours en établissements médico-sociaux (tels que notamment les maisons d'accueil spécialisées, les centres médico-éducatifs, les instituts psychopédagogiques, les centres de rééducation professionnelle) ;**
- **les séjours en établissements pour personnes âgées ou dépendantes (tels que notamment les EHPAD et les maisons de retraite) ;**
- **les séjours en ateliers thérapeutiques ;**
- **les hospitalisations et séjours en établissements, centres ou services dits de longs séjours.**

Prime naissance

En cas de naissance ou d'adoption d'un enfant mineur après la prise d'effet du contrat, une prime naissance vous est versée si l'enfant est désigné comme assuré au titre du contrat dans les trois mois suivant sa naissance ou son adoption.

Soins courants

Le remboursement de l'ensemble des prestations listées ci-dessous est soumis à la prise en charge du soin par le Régime obligatoire.

SONT GARANTIS :

■ **Les honoraires médicaux : honoraires de consultation d'un médecin généraliste (ou spécialiste en médecine générale) ou d'un spécialiste, remboursés par le Régime obligatoire**

La prise en charge des dépassements d'honoraires diffère selon que le médecin consulté est adhérent à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée ou non.

BON à SAVOIR

Votre contrat vous permet de bénéficier d'un service de **téléconsultation,** disponible 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7.

■ **La radiologie (y compris les produits pour examens)**

La prise en charge des dépassements d'honoraires diffère selon que le médecin consulté est adhérent à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée ou non.

■ **Les honoraires de psychologie, remboursés par le Régime obligatoire**

BON à SAVOIR

Dispositif Mon soutien psy : toute personne (dès 3 ans) peut bénéficier d'un accompagnement par un psychologue conventionné avec l'Assurance Maladie, jusqu'à 12 séances par an. Plus de renseignements sur le site **www.ameli.fr**

■ **Les honoraires paramédicaux**

Entrent dans cette catégorie les honoraires des infirmiers (ères), masseurs-kinésithérapeutes, orthophonistes, orthoptistes, pédicures-podologues pris en charge par le Régime obligatoire.

Les sages femmes sont assimilées à cette catégorie.

■ **Les analyses et examens de laboratoire**

■ **Les médicaments et honoraires de dispensation remboursés par le Régime obligatoire**

■ **Les frais de transport hors hospitalisation**

■ **Les honoraires médicaux, paramédicaux, radiologie, analyses et examens de laboratoire en cas de soins courants à l'étranger pris en charge par le Régime obligatoire**

Prévention et mieux être

SONT GARANTIS :

■ **Les Séances Mieux-être**

Entrent dans cette catégorie les séances réalisées par les praticiens diplômés suivants : ostéopathe, acupuncteur, diététicien, chiropracteur, pédicure, podologue, psychologue (séance non remboursée par la Sécurité sociale), sophrologue et hypnothérapeute, ainsi que la participation à des ateliers d'activité physique adaptée (au sens de l'article L.1172-1 du Code de la santé publique).

Les praticiens doivent être inscrits auprès du registre national de leur spécialité. Les acupuncteurs doivent être médecins inscrits au Conseil de l'Ordre des Médecins.

Cette garantie est prévue pour les formules de soins ESSENTIELLE, ÉQUILIBRÉE, ÉTENDUE et EXCELLENCE.

■ **La pharmacie non remboursée par le Régime obligatoire**

Entrent dans cette catégorie la contraception non remboursée par le Régime obligatoire, les tests de grossesse et d'ovulation, les autotests VIH, les vaccins prescrits et non remboursés par le Régime obligatoire (dont le vaccin antigrippal), le matériel de surveillance de l'hypertension artérielle, l'homéopathie ainsi que les médicaments prescrits ou référencés ANSM (Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé) non remboursés par le Régime obligatoire.

Pour les formules de soins PRIMO et ÉCONOMIQUE, la garantie est limitée au vaccin antigrippal, à la contraception et à l'autotest VIH.

Le forfait garanti est annuel (par année civile) pour l'ensemble des dispositifs mentionnés ci-dessus.

QU'EST-CE QUE LE 100 % SANTÉ ?

100% SANTÉ
Des soins pour tous, 100% pris en charge

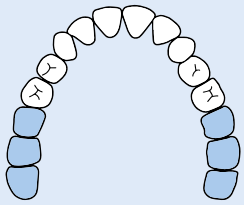
Afin de favoriser l'accès aux soins, l'offre 100 % Santé permet un remboursement intégral de la dépense, par la Sécurité sociale et la mutuelle.
Pour cela, **la prothèse dentaire, l'équipement optique ou l'équipement auditif** choisi par l'assuré, doit appartenir à la catégorie **100 % Santé.**

L'offre 100 % Santé s'adresse à toutes les personnes disposant d'une complémentaire santé Responsable. Son contenu est détaillé ci-dessous de manière non exhaustive.

L'offre 100 % Santé est automatiquement intégrée dans les formules de l'offre MACIF MUTUELLE SANTÉ. Grâce à son contrat, l'assuré n'aura donc aucun reste à charge sur son équipement 100 % Santé.

Le 100 % SANTÉ DENTAIRE

Les couronnes dentaires et bridges
- **Dents du sourire :**
  - couronnes aspect dents blanches pour les incisives, canines et 1re prémolaire
  - bridges aspect dents blanches pour les incisives uniquement
- **Dents du fond :**
  - couronnes et bridges métalliques



Les couronnes dentaires transitoires et Inlay-core avant la pose d'une couronne 100 % Santé

Les prothèses amovibles à base résine

L'OFFRE 100 % SANTÉ NE PRÉVOIT PAS :
- Les autres couronnes et bridges (dents blanches sur dents du fond, couronnes céramo-céramiques…)
- Les autres prothèses amovibles
- Les implants dentaires
- L'orthodontie

Le 100 % SANTÉ OPTIQUE

La monture - Choix parmi au moins :
- 17 montures adultes
- 10 montures enfants
- 2 coloris par monture

Les verres
- Pour toutes les corrections
- Amincis selon le trouble
- Traitements anti-reflets et anti-rayures

RENOUVELLEMENT TOUS LES 2 ANS

L'OFFRE 100 % SANTÉ NE PRÉVOIT PAS :
- Un choix illimité de montures
- Le libre choix de la marque des verres
- Les traitements supplémentaires (lumière bleue…)
- Les lentilles
- La chirurgie réfractive

Le 100 % SANTÉ AUDIOLOGIE

Tous types d'appareils
- Contours d'oreilles classiques, à écouteur déporté, intra-auriculaires
- 12 canaux de réglage
- Au moins 3 options de confort d'écoute incluses

RENOUVELLEMENT TOUS LES 4 ANS

L'OFFRE 100 % SANTÉ NE PRÉVOIT PAS :
- Les appareils auditifs comportant des options spécifiques (au moins 20 canaux de réglages, par exemple)
- Les assistants d'écoute sans réglage vendus en pharmacie

L'assuré garde une liberté totale de choix dans les équipements ou les matériaux. Vous êtes libre de choisir entre les équipements proposés par l'offre 100 % Santé et les autres équipements. Les équipements choisis en dehors de l'offre 100 % Santé sont pris en charge en fonction de la formule souscrite.

100% SANTÉ
Des soins pour tous, 100% pris en charge

5 EXEMPLES DE REMBOURSEMENT

Équipements de l'offre 100 % Santé

	CE QUE ÇA COÛTE RÉELLEMENT	MES REMBOURSEMENTS	CE QUE ÇA ME COÛTE AU FINAL
Couronne dentaire 100 % Santé			
● Exemple pris pour une couronne dentaire céramo-métallique sur une dent du sourire	**515 €**	Votre mutuelle **443 €** Sécurité sociale **72 €**	**0 €**
● Exemple pour un appareil dentaire amovible unimaxillaire complet 14 dents à base résine (dentier)	**1 133 €**	Votre mutuelle **1 023,35 €** Sécurité sociale **109,65 €**	**0 €**
Paire de lunettes 100 % Santé			
AVEC VERRES UNIFOCAUX ● Exemple pour la correction la plus simple : 1 monture 30 € + 1 verre neutre + 1 verre unifocal sphère (0 à – 2,00)	**82,50 €**	Votre mutuelle **67,65 €** Sécurité sociale **14,85 €**	**0 €**
AVEC VERRES PROGRESSIFS ● Exemple pour la correction la plus complexe : 1 monture 30 € + 2 verres progressifs, sphère < – 12,00 et cylindre (+) > 4	**370 €**	Votre mutuelle **303,40 €** Sécurité sociale **66,60 €**	**0 €**
Aide auditive 100 % Santé			
● Exemple pris pour un assuré de plus de 20 ans	**950 €**	Votre mutuelle **710 €** Sécurité sociale **240 €**	**0 €**

Aucun reste à charge pour l'assuré grâce au remboursement cumulé de la Sécurité sociale et de sa mutuelle

LES GARANTIES DES NIVEAUX D'ÉQUIPEMENTS

Grâce à notre réseau de soins Carte Blanche Partenaires, consultez des professionnels de santé référencés pour la qualité de leurs services à proximité de chez vous. Jusqu'à 40 % d'économies sur vos dépenses de santé [1].

Un service de **géolocalisation** vous permet d'identifier les professionnels de santé proche de votre lieu de résidence.

(1) Par rapport aux prix moyens du marché et selon les prestations. Données Carte Blanche Partenaires comparant sur la France entière, les tarifs réseaux et les tarifs pratiqués hors réseaux. L'assuré conserve la liberté de choix de son professionnel de santé.

RÉSEAU OPTIQUE → plus de **7 900** opticiens partenaires

RÉSEAU DENTAIRE → plus de **9 800** chirurgiens dentistes et **1 200** centres dentaires

RÉSEAU AUDIO → plus de **5 700** audioprothésistes

Données au 03/07/2024.

Dentaire

Les équipements dentaires sont répartis en 3 catégories :

- **les prothèses 100 % Santé** où les praticiens sont contraints à des honoraires limites de facturation et où la prise en charge cumulée de ces honoraires par le Régime obligatoire et la mutuelle aboutissent à un **reste à charge zéro** pour l'assuré. Dans cette catégorie, la qualité esthétique est adaptée à la localisation de la dent (aspect dents blanches pour les dents du sourire et aspect métal pour les dents du fond) ;
- **les prothèses à tarifs maîtrisés** où les praticiens sont également contraints à des honoraires limites de facturation. Cette catégorie inclut les prothèses plus techniques (aspect dents blanches sur les dents du fond par exemple) ;
- **les prothèses à tarifs libres** où les honoraires sont convenus librement entre le praticien et l'assuré. Cette catégorie inclut notamment les prothèses proposant des technologies les plus avancées (les prothèses amovibles sur implant et certains bridges, par exemple).

SONT GARANTIS :

■ Les actes et soins dentaires

Examens de prévention bucco-dentaire : Depuis le 1er janvier 2025, les enfants, adolescents et jeunes adultes âgés de 3 à 24 ans peuvent bénéficier chaque année de la prise en charge d'un examen de prévention bucco-dentaire auprès d'un chirurgien-dentiste, intégralement pris en charge par la Sécurité sociale et par votre mutuelle. La participation régulière à cet examen doit permettre de garantir une bonne santé bucco-dentaire et de maîtriser le recours aux prothèses dentaires.

■ Les soins d'obturation Inlay, Onlay, Overlay

Pour les niveaux d'équipements 2, 3 et EXCELLENCE, le forfait garanti est annuel (par année civile) pour l'ensemble des dispositifs mentionnés.

■ Les prothèses 100 % Santé

Conformément à la réglementation, la catégorie des **actes prothétiques 100 % Santé** propose un large choix de prothèses fixes ou mobiles :

- couronnes céramiques monolithiques (autre que zircones) et céramo-métalliques sur les dents visibles (incisives, canines et 1re prémolaire) ;
- couronnes céramiques monolithiques zircones ;
- couronnes métalliques toute localisation ;
- Inlay-core et couronnes transitoires liées aux couronnes définitives du panier 100 % Santé ;
- bridges céramo-métalliques (incisives) ;
- bridges métalliques toute localisation ;
- prothèses amovibles à base résine.

Lorsque l'acte prothétique entre dans la catégorie 100 % Santé, nous prenons en charge **l'intégralité de la dépense exposée par l'assuré, dans la limite des honoraires de facturation fixés règlementairement et déduction faite de la part prise en charge par le Régime obligatoire.**

■ Les autres prothèses remboursées par le Régime obligatoire :

- les couronnes dentaires transitoires ;
- les couronnes dentaires ;
- les bridges (3 à 5 dents) ;
- les appareils dentaires amovibles (1 à 3 dents) ;
- l'Inlay-Core ;
- la dent supplémentaire ou la réparation sur bridge et appareil dentaire amovible.

Cette catégorie concerne les **actes prothétiques à tarifs maîtrisés et les actes prothétiques à tarifs libres.**

Le remboursement de l'ensemble de ces prestations est soumis à leur prise en charge par le Régime obligatoire.

L'orthodontie remboursée par le Régime obligatoire

Le remboursement de l'orthodontie est soumis à sa prise en charge par le Régime obligatoire. Ces traitements sont généralement pris en charge par le Régime obligatoire s'ils sont commencés avant l'âge de 16 ans, sauf cas exceptionnels.

Le forfait indiqué dans vos garanties est versé pour chaque **semestre de traitement.**

En cas de facturation pour une durée de traitement plus courte (trimestre ou mois par exemple), le forfait sera proratisé en fonction de cette durée.

Si l'assuré a besoin d'une période de contention à l'issue de la phase de traitement actif afin de consolider le résultat obtenu, le forfait par semestre s'appliquera une seule fois pour chaque année de contention.

Les autres actes (bilan orthodontique ou séances de surveillance par exemple), sont pris en charge à hauteur de **100 % de la base de remboursement de la Sécurité sociale, quel que soit le niveau d'équipements souscrit.**



Les réparations, le remplacement ou la perte d'appareils sont compris dans le forfait orthodontie.

L'orthodontie non remboursée par le Régime obligatoire

Cette garantie est prévue pour les niveaux d'équipements 2, 3 et EXCELLENCE.

Comme pour l'orthodontie remboursée par le RO, le forfait indiqué dans vos garanties est versé pour chaque semestre de traitement.

Les implants dentaires (implants, prothèses, chirurgie et radiologie associées)

Cette garantie est prévue pour les niveaux d'équipements 2, 3 et EXCELLENCE. La prise en charge est valable une seule fois pour une même dent remplacée.

Le forfait garanti est annuel (par année civile) pour l'ensemble des dispositifs mentionnés ci-dessus.

La parodontie non remboursée par le Régime obligatoire

Cette garantie est prévue pour les niveaux d'équipements 2, 3 et EXCELLENCE.

Le forfait garanti est annuel (par année civile).

PLAFOND GLOBAL ANNUEL DENTAIRE

Pour les niveaux d'équipements 2, 3 et Excellence, les remboursements sont limités à un plafond global annuel durant les 36 premiers mois d'affiliation de l'assuré dans sa formule de garanties. Au-delà de ce plafond, le ticket modérateur reste remboursé.

Ce plafond global annuel s'applique pour les garanties suivantes :

- **les soins d'obturation Inlay/Onlay/Overlay ;**
- **les autres prothèses remboursées par le Régime obligatoire ;**
- **l'orthodontie remboursée ou non par le Régime obligatoire ;**
- **les implants dentaires ;**
- **la parodontie.**

Ce plafond s'applique également en cas de changement de formule.

Optique

Les équipements optiques sont répartis en 2 catégories :

- **les équipements de classe A** (verres ou montures) correspondant aux produits de l'offre **100 % Santé**, dont les prix de vente sont plafonnés et où la prise en charge cumulée de l'équipement par le Régime obligatoire et la mutuelle aboutissent à un reste à charge zéro pour l'assuré ;
- **les équipements de classe B** (verres ou montures) correspondant aux autres produits dont les prix de vente sont libres.

SONT GARANTIS :

Les équipements 100 % Santé (monture et verres)

Conformément à la réglementation, la catégorie des **équipements 100 % Santé (dits de classe A)** propose un choix de :

- montures respectant les normes européennes, avec un prix inférieur ou égal à 30 €. Chaque opticien aura au minimum 17 modèles différents de montures adultes et 10 modèles différents de montures enfants "100 % Santé", en 2 coloris différents ;
- verres traitant l'ensemble des troubles visuels ;
- amincissement des verres en fonction du trouble, durcissement des verres pour éviter les rayures, traitement anti-reflet obligatoires.

Lorsque l'équipement entre dans la catégorie des équipements 100 % Santé (classe A), nous prenons en charge **l'intégralité de la dépense exposée par l'assuré à hauteur des prix limites de vente des montures et des verres (de classe A) fixés par la liste des produits et prestations (LPP), déduction faite de la part prise en charge par le Régime obligatoire.**

Lorsque l'équipement 100 % Santé comporte deux verres différents (indices de réfraction différents ou types de verres différents), la prestation d'appairage est intégralement prise en charge à hauteur du prix limite de vente, déduction faite de la part prise en charge par le Régime obligatoire.

Les autres verres et montures remboursés par le Régime obligatoire

Cette catégorie concerne les équipements de classe B, à savoir :

- **la monture (adulte ou enfant) ;**
- **les verres (simples et complexes et les renforts en cas de verres hypercomplexe).**

Pour les enfants de plus de 5 ans et de moins de 16 ans, les verres de freination de la myopie inscrits au titre II de la liste des produits et prestations (LPP) sont également garantis dans les conditions suivantes :

- pour le traitement de la myopie forte (≥ – 6 dioptries) et/ou très évolutive (≥ – 0,5 dioptrie par an) ;
- en cas de prescription explicite sur l'ordonnance par l'ophtalmologue.

Le remboursement de verres de freination de la myopie ne peut aller au-delà du prix limite de vente, y compris la prise en charge du régime obligatoire.

Pour ces équipements optiques, notre prise en charge s'effectue dans les conditions définies au tableau de garanties et couvre systématiquement le ticket modérateur.

Sont considérés comme :

- **verres simples :**
  - les verres unifocaux sphériques dont la sphère est comprise entre – 6,00 et + 6,00 dioptries ;
  - les verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre – 6,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries ;
  - les verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S (sphère, + cylindre) est inférieure ou égale à 6,00 dioptries.
- **verres complexes :**
  - verres unifocaux sphériques dont la sphère est hors zone de – 6,00 à + 6,00 dioptries ;
  - verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre – 6,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries ;
  - verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est inférieure à – 6,00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 dioptrie ;
  - verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 6,00 dioptries ;
  - verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est comprise entre – 4,00 et + 4,00 dioptries ;
  - verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre – 8,00 et 0,00 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries ;
  - verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est inférieure ou égale à 8,00 dioptries.
- **verres hyper complexes :**
  - autres verres multifocaux ou progressifs.

Les lentilles de contact

Le forfait garanti est annuel (par année civile).

La chirurgie réfractive de l'œil non remboursée par le Régime obligatoire

Il s'agit de l'ensemble des techniques de chirurgie qui permettent de corriger les défauts visuels, comme la myopie, la presbytie, l'astigmatisme ou l'hypermétropie.

Cette garantie est prévue pour les niveaux d'équipements 3 et EXCELLENCE.

Le forfait garanti est annuel (par année civile) et par œil.

LIMITE DE GARANTIE DES ÉQUIPEMENTS OPTIQUE

Un équipement est constitué d'une monture et de deux verres.

Le nombre d'équipements (2 verres + 1 monture) est limité à 1 équipement par période de deux ans, à l'exception des cas pour lesquels un renouvellement anticipé est prévu à l'article L.165-1 du Code de la sécurité sociale et notamment pour les enfants de moins de 16 ans ou en cas de renouvellement justifié par une évolution de la vue. Dans ces cas, le nombre d'équipements est limité à 1 tous les ans.

Pour les enfants jusqu'à 6 ans, le renouvellement de la prise en charge d'un équipement (respectivement une monture et deux verres) est possible au terme d'une période de seulement 6 mois mais uniquement en cas de mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage de l'enfant entraînant une perte d'efficacité du verre correcteur. Dans les autres cas, le délai d'un an mentionné précédemment s'applique.

Dans tous les cas, le point de départ de la période est la date de l'équipement (ou du dernier élément constituant l'équipement complet).

Néanmoins, en cas de renouvellement séparé des composantes de l'équipement, le délai de renouvellement s'apprécie distinctement pour chaque élément.

Aides auditives

Les équipements auditifs sont répartis en 2 catégories :

- **les aides auditives de classe I** correspondant aux produits dits **100 % Santé,** dont les prix de vente sont plafonnés et où la prise en charge cumulée de l'équipement par le Régime obligatoire et la mutuelle aboutissent à un reste à charge zéro pour l'assuré ;
- **les aides auditives de classe II** correspondant aux autres produits dont les prix de vente sont libres.

SONT GARANTIS :

Les équipements 100 % Santé

Conformément à la réglementation, la catégorie des **aides auditives 100 % Santé (dites de classe I)** propose :

- tous les types d'aides auditives : contour d'oreille classique, contour à écouteur déporté, intra-auriculaire ;
- au moins 12 canaux de réglages (ou dispositif de qualité équivalente) pour assurer une adéquation de la correction au trouble auditif et un système permettant l'amplification des sons extérieurs restituée à hauteur d'au moins 30 dB ;
- 4 ans de garantie ;
- au moins 3 des options suivantes : système anti-acouphène, connectivité sans fil, réducteur de bruits de vent, synchronisation binaurale, directivité microphonique adaptatives, bande passante élargie 6 000 Hz, fonction apprentissage de sonie, système anti-réverbération.

Lorsque l'équipement entre dans la catégorie des aides auditives 100 % Santé (classe I), nous prenons en charge **l'intégralité de la dépense exposée par l'assuré à hauteur des prix limites de vente des aides auditives (de classe I) fixés par la LPP, déduction faite de la part prise en charge par le Régime obligatoire.**

■ Les autres aides auditives remboursées par le Régime obligatoire

Cette catégorie concerne **les aides auditives de classe II.**

La prise en charge de l'appareil acoustique diffère selon l'âge de l'assuré (> à 20 ans ou ≤ à 20 ans).

Pour les assurés du Régime Alsace-Moselle, le montant forfaitaire remboursé par la mutuelle au titre de la garantie "Appareil acoustique (≤ 20 ans)" ne peut être supérieur à 440 € par appareil, afin de respecter les plafonds de remboursement prévus par le contrat responsable.

■ L'entretien, les piles et accessoires pris en charge par le Régime obligatoire

Le forfait garanti est annuel (par année civile).

LIMITE DE GARANTIE DES AIDES AUDITIVES

Le cahier des charges du contrat responsable limite le nombre d'équipements (1 appareil acoustique) à 1 équipement par oreille tous les 4 ans.

Dans tous les cas, pour chaque assuré, le point de départ de la période correspond à la date de l'équipement.

Le remboursement de l'ensemble de ces prestations est soumis à leur prise en charge par le Régime obligatoire.

Appareillage

SONT GARANTIS :

■ Le matériel médical : les aides techniques et produits inscrits à la LPP

Exemples : pacemakers, prothèses mammaires, prothèses capillaires de classe III et IV, chaussures thérapeutiques, matériel de maintien à domicile et d'aide à la vie pour les personnes handicapées.

■ Les appareils basse-vision

Une personne affectée d'une basse vision est une personne qui souffre d'une déficience visuelle fonctionnelle, même après traitement et/ou correction optique standard (l'acuité visuelle est inférieure à 4/10e à la perception lumineuse ou le champ visuel résiduel inférieur à 10° du point de fixation).

La prise en charge des appareils basse-vision s'effectue en complément du Régime obligatoire et/ou des aides publiques éventuelles.

Le forfait garanti est annuel (par année civile).

■ Les prothèses capillaires de classe II, III et IV

Pour une prothèse capillaire de classe II, **l'intégralité de la dépense exposée par l'assuré est couverte, à hauteur des prix limites de vente fixés par la liste des produits et prestations (LPP), déduction faite de la part prise en charge par le Régime obligatoire.**

Pour une prothèse capillaire de classe III ou IV, la dépense exposée par l'assuré est couverte, **à hauteur de la garantie "matériel médical" de la formule souscrite, déduction faite de la part prise en charge par le Régime obligatoire, dans la limite éventuelle du prix limite de vente.**

■ Les véhicules pour handicapés physiques en location de courte durée (inscrits au titre IV de la LPP)

Cette garantie couvre **l'intégralité de la dépense exposée par l'assuré pour la location de courte durée d'un véhicule pour handicapé physique, à hauteur des prix limites de vente fixés par la liste des produits et prestations (LPP), déduction faite de la part prise en charge par le Régime obligatoire.**

Attention : Les objets contraceptifs et les audioprothèses relèvent respectivement des paragraphes "Pharmacie non remboursée", et "Aides auditives" ci-dessus et ne sont donc pas pris en charge au titre de ces garanties.

Cures thermales remboursées par le Régime Obligatoire

Cette garantie est prévue pour les niveaux d'équipements 1, 2, 3 et EXCELLENCE.

Cette garantie couvre le remboursement des soins (honoraires) de cures thermales, le transport et l'hébergement.

Le remboursement de l'ensemble de ces prestations est soumis au remboursement des honoraires de médecine thermale par le Régime obligatoire.

Le forfait garanti est annuel (par année civile).

CE QUI EST EXCLU

Les soins complémentaires et les soins de confort non prévus dans le forfait thermal.

TERRITORIALITÉ DES GARANTIES SANTÉ

L'assuré est couvert pour les soins effectués en France (départements et régions d'outre-mer inclus).

Vous êtes également couvert pour les soins effectués ou les équipements achetés hors de France, **sous réserve qu'ils soient pris en charge par le Régime obligatoire et sous conditions que l'assuré réside en France métropolitaine ou dans un département et région d'outre-mer. Dans ce cas, la prise en charge s'effectue conformément à la formule de garantie souscrite et exclut tout autre remboursement de la part de la mutuelle.**

Les remboursements sont effectués en France et en euros.

EXCLUSIONS DE GARANTIE

EXCLUSIONS COMMUNES À TOUTES LES GARANTIES

Ne donnent pas lieu à la mise en œuvre des garanties définies au contrat et n'entraînent aucun paiement au titre du contrat :

- **les participations forfaitaires mentionnées au II de l'article L.160-13 du Code de la sécurité sociale ;**
- **la franchise médicale annuelle mentionnée au III de l'article L.160-13 du Code de la sécurité sociale ;**
- **la majoration du ticket modérateur lorsque l'assuré ne respecte pas le parcours de soins ;**
- **les dépassements d'honoraires pratiqués par les médecins, lorsque l'assuré ne respecte pas le parcours de soins.**

Ne donnent pas lieu à la mise en œuvre des garanties définies au contrat au titre du poste HOSPITALISATION et n'entraînent aucun paiement au titre du contrat :

- **les séjours en établissements médico-sociaux (tels que notamment les maisons d'accueil spécialisées, les centres médico-éducatifs, les instituts psychopédagogiques, les centres de rééducation professionnelle) ;**
- **les séjours en établissements pour personnes âgées ou dépendantes (tels que notamment les EHPAD et les maisons de retraite) ;**
- **les séjours en ateliers thérapeutiques ;**
- **les hospitalisations et séjours en établissements, centres ou services dits de longs séjours.**

LIMITES DE GARANTIE

LIMITES DE REMBOURSEMENT

L'assuré ne peut pas bénéficier de remboursements supérieurs aux frais qu'il a exposés.

Votre contrat n'a pas vocation à intervenir en surcomplémentaire.

Si vous êtes assuré auprès de plusieurs organismes complémentaires, vous pouvez être remboursé par l'organisme de votre choix. Dans ce cas, nos garanties exprimées s'entendent déduction faite des remboursements du Régime obligatoire et des remboursements versés par le ou les autres organismes complémentaires de premiers rangs puisque l'intégralité des garanties offertes par les différents contrats ne peut dépasser les limites imposées par le dispositif des contrats responsables.

Aucune prestation n'est due pour des soins réalisés avant la date d'effet du contrat ou après la date de résiliation du contrat.

Pour les actes d'hospitalisation et les actes réalisés en série, commencés avant la date d'effet du contrat, le contrat prendra en charge les soins réalisés après la prise d'effet du contrat.

De même, pour les actes d'orthodontie commencés avant la date d'effet du contrat : le contrat prendra en charge les soins réalisés après la prise d'effet du contrat selon le calcul d'un prorata établi en fonction de la période de couverture de l'assuré au titre du présent contrat.

Ces prises en charge sont accordées sous réserve d'une précédente couverture sans interruption d'assurance.

DÉLAIS D'ATTENTE

En cas de souscription ou de modification de garanties sur les formules ÉQUILIBRÉE 3, ÉTENDUE 2, ÉTENDUE 3 et EXCELLENCE, votre Demande d'assurance peut faire mention de l'application d'un délai d'attente.

Dans ce cas, vous bénéficiez, pendant 3 mois suivant la prise d'effet du contrat, des garanties de la formule ÉQUILIBRÉE 2. À l'issue de ce délai, vous bénéficierez du niveau de garantie souscrit.

Ce même dispositif s'applique en cas d'adjonction d'un bénéficiaire sauf s'il s'agit d'un nouveau né enregistré dans les 3 mois de sa naissance ou de son adoption.

LA VIE DE VOTRE CONTRAT

DURÉE DE VOTRE CONTRAT

La première période d'assurance se termine au 31 décembre.

Le contrat est ensuite reconduit chaque année de plein droit au 1er janvier pour une durée d'un an, sauf résiliation dans les cas mentionnés à l'article "Résiliation de votre contrat" ci-après.

RENONCIATION

Si vous avez souscrit votre contrat exclusivement à distance (exemple : souscription via notre site www.macif.fr) ou à la suite d'un démarchage à domicile, vous disposez de 14 jours calendaires révolus pour revenir sur votre décision. Ce délai commence à courir à compter de la prise d'effet de votre contrat.

Vous devez alors nous adresser une lettre recommandée ou un envoi recommandé électronique, avec accusé de réception, établi selon le modèle suivant :
"Je soussigné(e) … (nom, prénom, n° d'adhérent, adresse) déclare renoncer à la souscription de mon contrat MACIF MUTUELLE SANTÉ souscrit en date du … Date et signature."

Cette lettre doit nous être adressée à l'adresse figurant sur votre carte de tiers payant ou à l'adresse mail :
mutuelle@macif.fr

Vous devrez également nous renvoyer la ou les cartes de tiers payant qui vous auront été adressées.

Les cotisations payées vous seront intégralement remboursées dans un délai de 30 jours à compter de la réception de votre lettre, sous déduction des prestations éventuellement versées durant cette période.

COMMENT MODIFIER VOTRE CONTRAT ?

AJOUT OU SUPPRESSION D'UN ASSURÉ

Si vous souhaitez qu'un nouvel assuré bénéficie de votre contrat, il vous suffit de nous en faire la demande. L'affiliation de cet assuré prendra effet au plus tôt le 15 du mois en cours ou le 1er du mois suivant, selon la date de cette demande.

À partir de 70 ans, le nouvel assuré doit justifier d'une couverture complémentaire précédente, sans interruption de garantie au moment de l'affiliation. Dans ce cas, l'affiliation prendra effet au plus tôt le 15 du mois en cours ou le 1er du mois suivant, selon la date de réception du justificatif.

En cas d'adjonction d'un bénéficiaire, il peut être fait application d'un délai d'attente.

Pour toutes précisions complémentaires, nous vous invitons à vous référer à l'article "Limites de garantie".

Si vous souhaitez au contraire qu'un assuré ne bénéficie plus de votre contrat, vous pouvez nous en faire la demande à tout moment. Cette radiation prend effet le dernier jour du mois qui suit la réception de la demande.

MODIFICATION DE VOTRE SITUATION

Pendant la durée de votre contrat, pensez à nous déclarer tout changement dans la situation d'un des assurés, notamment :

- un changement de domicile ;
- un changement de Régime obligatoire (changement de n° de Sécurité sociale, changement de caisse primaire d'assurance maladie, perte de la qualité d'ayant droit…) ;
- un changement de situation matrimoniale (mariage, divorce, veuvage…).

Si cette modification entraîne une augmentation de vos cotisations, vous disposerez d'un délai de 30 jours à compter de la réception de votre nouvel avis d'échéance pour résilier votre contrat, selon les modalités prévues au paragraphe "Résiliation de votre contrat".

Nous pouvons être amenés à vous demander les justificatifs nécessaires à l'appui de votre demande de modification de situation.

Afin de ne pas interrompre le versement de vos prestations, pensez à nous informer de la modification de vos coordonnées bancaires.

MODIFICATION DE VOS GARANTIES

Après 12 mois dans sa formule, l'adhérent peut modifier ses garanties, à la hausse ou à la baisse.

Le changement de formule prendra effet au plus tôt le 15 du mois en cours ou le 1er du mois suivant, selon la date de la demande de modification.

En cas de modification de garanties en cours de vie du contrat, votre Demande d'assurance peut faire mention de l'application de délai d'attente.

Pour toutes précisions complémentaires, nous vous invitons à vous référer à l'article "Limites de garantie".

RÉSILIATION DE VOTRE CONTRAT

VOUS POUVEZ RÉSILIER VOTRE CONTRAT :

- à l'échéance annuelle, moyennant un préavis de 2 mois avant le 31 décembre de l'année en cours ;
- à tout moment après l'expiration d'un délai d'un an à compter de la première souscription du contrat. La résiliation prendra effet à la date précisée dans l'avis de résiliation et au plus tôt un mois après réception de la demande ;
- en cas d'augmentation de vos cotisations, notamment à la suite d'une modification de votre situation, dans un délai d'un mois à compter de la date de réception de votre avis d'échéance ;

- en cas de modification de vos garanties à la suite d'une évolution de la réglementation ou d'une décision de la mutuelle, dans un délai d'un mois à compter du jour où cette modification vous est notifiée.

VOTRE DEMANDE DE RÉSILIATION DOIT NOUS ÊTRE ADRESSÉE :

- par voie électronique via l'Espace Assurance sur le site www.macif.fr ou sur l'application mobile ;
- par courrier postal à l'adresse figurant sur votre carte de tiers payant ;
- par courrier électronique à l'adresse suivante : mutuelle@macif.fr ;
- par déclaration en point d'accueil physique Macif ou au siège social de Macif Santé Prévoyance ;
- par acte extrajudiciaire.

Nous vous confirmerons par écrit avoir reçu votre demande de résiliation.

Vous devrez également nous renvoyer la ou les cartes de tiers payant qui vous auront été adressées.

Nous pouvons résilier votre contrat en cas de non-paiement d'une cotisation ou d'une fraction de cotisation, conformément aux dispositions de l'article "Votre cotisation".

VOTRE COTISATION

COMMENT EST CALCULÉE VOTRE COTISATION ?

Le montant de la cotisation est fixé par année civile et par assuré, en fonction des critères suivants :

- l'âge de l'assuré.
  L'âge est calculé par différence de millésime entre l'année d'échéance de la cotisation et l'année de naissance moins une année.
  Par exemple, pour une personne née en 1965, l'âge retenu en 2026 sera déterminé comme suit : (2026 – 1965) – 1 = 60 ans ;
- votre ancienneté à la mutuelle ;
- le nombre d'assurés au contrat ;
- votre zone de domiciliation (adresse postale figurant dans la demande d'assurance, une seule adresse étant possible) ;
- la formule de garanties choisie ;
- le régime social de l'assuré ou le statut de travailleur indépendant de l'assuré.



Dès lors qu'au moins 3 enfants sont assurés au titre du contrat en qualité d'enfant, la cotisation est gratuite pour le 3e enfant et les suivants.

Cette gratuité cesse au 31 décembre de l'année au cours de laquelle le nombre d'assurés enfant devient inférieur à 3.

COMMENT ÉVOLUE VOTRE COTISATION ?

Nous réexaminons le montant des cotisations chaque année. Le changement du montant de la cotisation vous est notifié et prend effet le 1er janvier de l'année suivante. Conformément à l'article "Résiliation de votre contrat", en cas d'augmentation de vos cotisations, vous pouvez résilier votre contrat dans un délai d'un mois à compter de la date de réception de votre avis d'échéance.

Le montant des cotisations peut également être modifié à tout moment en fonction de l'évolution de la réglementation et notamment celle relative à la Sécurité sociale.

COMMENT PAYER VOTRE COTISATION ?

Vous êtes tenu au paiement d'une **cotisation annuelle payable d'avance.**

Vous choisissez les modalités de règlement lors de la souscription. Celui-ci peut se faire de façon annuelle, semestrielle, trimestrielle ou mensuelle, **sans frais de fractionnement.** Les cotisations peuvent être réglées par mandat de prélèvement SEPA ou, à défaut, par chèque (uniquement pour le paiement annuel).

QUE SE PASSE-T-IL EN CAS DE NON PAIEMENT ?

À défaut de paiement d'une cotisation ou d'une fraction de cotisation, dans un délai de 10 jours suivant la date d'échéance, et indépendamment de notre droit de poursuivre l'exécution de l'engagement contractuel en justice, nous vous adressons, à votre dernier domicile connu, une lettre recommandée de mise en demeure vous informant que les garanties du contrat d'assurance seront résiliées 40 jours après l'envoi de cette lettre, si la cotisation reste impayée.

RÉCLAMATION

POUR LES GARANTIES SANTÉ ET LES SERVICES

Vous souhaitez exprimer une insatisfaction, votre conseiller est votre interlocuteur privilégié. Vous pouvez le joindre aux coordonnées habituelles.

Si la réponse apportée ne vous satisfait pas, adressez alors votre réclamation écrite au Service Qualité :

- **à l'adresse suivante :**
  Macif - Service Qualité
  TSA 47272
  79060 Niort cedex
- **ou via notre site internet :**
  www.macif.fr

Nous accuserons réception de votre réclamation et y répondrons, dans les meilleurs délais et dans un délai maximum de 2 mois, conformément aux délais réglementaires en vigueur.

POUR LES GARANTIES D'ASSISTANCE

Une réclamation est une déclaration actant d'un mécontentement concernant les garanties d'assistance mises

en œuvre, ou la relation avec IMA Assurances au cours de cette mise en œuvre (une demande de service ou de prestation, une demande d'information, de clarification ou une demande d'avis n'est pas une réclamation).

En cas de réclamation, les bénéficiaires peuvent contacter le Service Consommateur d'IMA Assurances :

- **par courriel depuis le site :**
  www.ima.eu - Réclamations ;
- **ou par courrier :**
  IMA Assurances - Service Consommateur
  118 avenue de Paris
  CS 40000
  79003 Niort cedex 9

Le Service Consommateur s'engage à accuser réception de la réclamation dans les dix jours ouvrables suivant son envoi, et à y apporter une réponse dans un délai de deux mois maximum.

MÉDIATION EXTERNE

Si votre mécontentement persiste après épuisement de la procédure interne de réclamation ou à l'issue du délai réglementaire de deux mois, vous pouvez alors saisir la Médiation de l'assurance :

- par courrier à l'adresse :
  Médiation de l'assurance
  TSA 50110
  75441 Paris cedex 09
- ou par internet sur :
  www.mediation-assurance.org

Votre saisine de la Médiation doit intervenir dans un délai maximum d'un an à compter de votre réclamation écrite auprès de nos services.

PRESCRIPTION

La prescription est le délai au-delà duquel une action n'est plus recevable.

DÉLAI DE PRESCRIPTION

Le Code de la mutualité dispose à ce sujet dans son article L.221-11 :
"Toutes actions dérivant des opérations régies par le présent titre sont prescrites par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance. Toutefois, ce délai ne court :

1° En cas de réticence, omission, déclaration fausse 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 celui-ci.
Dans le cadre des opérations collectives mentionnées au III de l'article L.221-2, la prescription est portée à cinq ans en ce qui concerne l'incapacité de travail.
La prescription est portée à dix ans lorsque, pour les opérations mentionnées au b du 1° du I de l'article L.111-1, le bénéficiaire n'est pas le membre participant et, dans les opérations relatives aux accidents atteignant les personnes, lorsque les bénéficiaires 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."

L'article L.221-12-1 du Code de la mutualité précise que :
"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."

INTERRUPTION DE LA PRESCRIPTION

Le Code de la mutualité prévoit également dans son article L.221-12 :
"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 ou d'un envoi recommandé électronique, avec accusé de réception, adressé 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."

Le Code civil détaille les causes d'interruption ordinaires de la prescription :

- **article 2240 du Code civil :**
  "La reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait interrompt le délai de prescription."
- **article 2241 du Code civil :**
  " 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 du Code civil :**
  "L'interruption résultant de la demande en justice produit ses effets jusqu'à l'extinction de l'instance."

- **article 2243 du Code civil :**
  “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 du Code civil :**
  “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 du Code civil :**
  “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 du Code civil :**
  “L’interpellation faite au débiteur principal ou sa reconnaissance interrompt le délai de prescription contre la caution.”

SUBROGATION

Si un assuré est victime d’une atteinte à son intégrité physique causée par un tiers, nous pouvons récupérer auprès de ce tiers les sommes que nous avons payées, conformément à l’article L.224-9 du Code de la mutualité.

Nous sommes alors subrogés dans les droits et actions de l’assuré ou de ses ayants droit. IMA Assurances est également subrogée dans ces droits pour les garanties d’assistance qu’elle assure.

VOUS ÊTES TRAVAILLEUR INDÉPENDANT

Les garanties du contrat MACIF MUTUELLE SANTÉ entrent dans le champ d’application de la loi Madelin du 11/02/1994, relative à l’initiative et à l’entreprise individuelle.

En tant que :

- professionnel indépendant (revenus relevant des BIC ou BNC) ;
- conjoint collaborateur d’un professionnel indépendant ;
- dirigeant non salarié relevant de l’article 62 du Code général des impôts.

Vous pouvez déduire de votre bénéfice imposable les cotisations versées au titre de ce contrat, dans la limite des plafonds en vigueur. Pour en bénéficier, vous devez adhérer à l’association désignée sur la demande d’assurance MACIF MUTUELLE SANTÉ.

Cette déduction est possible tant que vous exercez sous ce statut, que vous êtes à jour de vos cotisations aux régimes obligatoires et que dure votre assurance.

La mutuelle vous adresse une attestation de cotisations à conserver à l’appui de votre comptabilité.

VOS REMBOURSEMENTS

COMMENT ESTIMER ET CONSULTER VOS REMBOURSEMENTS ?



Afin d'estimer vos dépenses de santé, vous pouvez consulter notre simulateur de remboursements sur le site www.macif.fr. Vous connaîtrez ainsi le montant de vos remboursements sur les principaux postes de soins (médecine, hospitalisation, optique…).

De nombreux exemples de remboursements sont également disponibles sur notre site www.macif.fr

Accédez quand vous le souhaitez à votre contrat santé grâce à votre espace client sur www.macif.fr

Dès que vous adhérez au contrat MACIF MUTUELLE SANTÉ, vous pouvez créer votre espace assurance et accéder à tous vos services :

- simuler et consulter vos remboursements ;
- accéder à votre carte de tiers payant ;
- modifier votre contrat et nous adresser vos demandes de remboursement ;
- accéder à de nombreux services comme ceux proposés par votre réseau de soins Carte Blanche Partenaires.

COMMENT BÉNÉFICIER DU TIERS PAYANT ?

Il est remis à chaque adhérent une ou plusieurs cartes de tiers payant portant mention de ses éventuels ayants droit et des actes ou prestations pouvant se voir appliquer le tiers payant. Cette ou ces cartes restent la propriété de la mutuelle.

En application de l'article L.871-1 du Code de la sécurité sociale, l'adhérent et ses ayants droit bénéficient du tiers payant sur les prestations prévues au titre du cahier des charges des contrats responsables, au moins à hauteur des tarifs de responsabilité.

Le tiers payant permet d'être dispensé de l'avance des frais chez plus de 200 000 professionnels de santé référencés (médecins, pharmaciens, laboratoires d'analyses médicales, cabinets de radiologie, professions paramédicales, opticiens).

Pour en bénéficier, c'est très simple : il suffit pour l'assuré de présenter sa carte de tiers payant au professionnel de santé ; nous adresserons directement à celui-ci le règlement des soins, conformément à la formule de garanties de l'assuré.



En cas de soins dentaires, optiques ou en cas d'hospitalisation, l'assuré doit effectuer une demande de prise en charge à la mutuelle, avant d'effectuer les soins.

COMPRENDRE VOS REMBOURSEMENTS



La plupart de nos remboursements sont exprimés **en euros** afin de vous permettre de connaître immédiatement le montant de prise en charge de votre mutuelle.



Les autres remboursements sont exprimés **en pourcentage** par rapport aux bases de remboursement de la Sécurité sociale en incluant son remboursement (voir tableau des garanties en pages 6 à 9).

Une prise en charge indiquée à 100 % de la BRSS ne signifie pas que vos dépenses de santé seront intégralement remboursées. Cela signifie que la base de remboursement de la Sécurité sociale (BRSS) sera intégralement prise en charge.

Si la base de remboursement est inférieure au montant de votre dépense de santé (notamment en cas de **dépassement d'honoraire** ou pour les frais optiques ou dentaires), des frais resteront éventuellement à votre charge selon la formule de votre contrat, **sauf si la prestation entre dans le cadre de l'offre 100 % Santé** comme décrite en pages 12 et 13.

QUELS DOCUMENTS ENVOYER POUR OBTENIR VOS REMBOURSEMENTS ?

Une fois les soins réalisés, l'assuré doit nous adresser des justificatifs **nominatifs** pour être remboursé. Les justificatifs demandés sont les suivants :

Pour les soins remboursés par le Régime obligatoire :

- l'original du décompte de la Sécurité sociale (sauf si celui-ci a déjà été télétransmis) ;
- l'original de la facture détaillée (acte par acte) et acquittée ;
- pour les renforts Inlay, Onlay, Overlay : l'original de la facture détaillée et acquittée.

En cas d'hospitalisation :

- le bulletin d'hospitalisation délivré par l'hôpital ;
- l'original de la facture détaillée (acte par acte) et acquittée.

Pour les soins non remboursés par le Régime obligatoire :

- l'original de la prescription médicale ;
- l'original de la facture détaillée (acte par acte) et acquittée.

Pour la prime naissance :

- un extrait d'acte de naissance ou la copie de la page du livret de famille concernant le nouveau-né ;
- dans le cas d'une adoption, la copie de l'acte.

En cas de renouvellement anticipé d'un équipement optique :

- soit une nouvelle prescription médicale portant une correction différente de la précédente ;
- soit l'adaptation, par l'opticien-lunetier, de la prescription médicale lors d'un renouvellement de délivrance, comme l'y autorise l'article D.4362-12-1 du Code de la santé publique.

Pour les prestations basse-vision :

- l'original de la facture détaillée et acquittée ;
- le cas échéant, l'original du décompte de la Sécurité sociale (sauf si celui-ci a déjà été adressé par télétransmission) et/ou de la prise en charge des organismes publics ;
- ou, en l'absence d'une intervention du Régime obligatoire ou d'une aide publique, une attestation d'inscription à la MDPH attestant votre basse vision.

Pour les séances Prévention et Mieux-être :

- l'original de la facture détaillée et acquittée.

Pour les soins effectués à l'étranger :

- le décompte établi par le Régime obligatoire français. Pour tous les actes programmés à l'étranger, vous devez nous transmettre la copie de l'accord du Régime obligatoire français accompagné des éléments permettant de connaître les actes prévus afin de pouvoir calculer le montant de notre remboursement ;
- l'original de la facture acquittée accompagnée, le cas échéant, de sa traduction en français et en euros. Nous pouvons, en effet, demander la traduction des documents utiles au remboursement. **Les frais liés à l'obtention des pièces justificatives nécessaires au versement des prestations sont à la charge de l'assuré.**



Les soins pour lesquels vous demandez un remboursement peuvent avoir déjà été partiellement remboursés par le Régime obligatoire. Dans ce cas, vous recevrez un décompte. **Lisez-le attentivement :**

- s'il est indiqué que le décompte a été transmis directement à votre organisme complémentaire, vous n'avez rien à faire. Le remboursement par votre mutuelle se fera sans aucune autre démarche ;
- sinon, il vous suffit de nous envoyer une copie de ce décompte à l'adresse figurant sur votre carte de tiers payant.

Si vous ne bénéficiez pas de la télétransmission, adressez nous une copie de votre attestation de carte Vitale à jour.

OÙ LES ADRESSER ET DANS QUEL DÉLAI ?

Les documents listés à l'article précédent doivent nous être envoyés à l'adresse figurant sur votre carte de tiers payant.

Pour être recevable, toute demande de prestations doit être présentée dans les **2 ans** suivant la date de remboursement par le Régime obligatoire, ou la date de réception du ticket modérateur, ou la date de l'événement à indemniser, ou la date de facturation. Au-delà de ce délai, la prestation ne sera pas versée.

Nous effectuerons le règlement des prestations **dans un délai de deux jours ouvrés.** Ce délai débute à compter de la réception des justificatifs, que ces derniers nous soient parvenus par voie postale ou électronique.

L'EXPERTISE MÉDICALE

Nous pouvons demander à l'assuré de se soumettre à une expertise médicale. Si celui-ci refuse un contrôle médical, les prestations sont suspendues à son égard, après envoi d'une mise en demeure adressée à son dernier domicile connu.

Au cours de l'expertise médicale, l'assuré peut se faire assister par son propre médecin-expert. **Les frais inhérents à l'intervention de ce médecin restent, cependant, à sa charge exclusive.**

Si les conclusions de l'expertise conduisent à une remise en cause de l'attribution des prestations, leur versement cessera dès notification par lettre recommandée avec accusé de réception. Les sommes indûment versées devront nous être restituées.

Si le médecin de l'assuré est en désaccord avec ces conclusions, une procédure d'arbitrage sera mise en place : l'assuré pourra choisir un médecin sur une liste de trois noms proposés par la mutuelle. Chaque partie supportera par moitié les honoraires du médecin ainsi désigné.

DÉCHÉANCE DES GARANTIES EN CAS DE FRAUDE

Toute réticence à une expertise médicale ou toute fraude ou tentative de fraude caractérisée en vue de tirer un profit illégitime du contrat font perdre tout droit à prestations pour la ou les garanties concernées.

Nous sommes alors en droit de réclamer le remboursement des prestations versées à tort.

VOS GARANTIES MACIF ASSISTANCE

Quelle que soit la formule de garantie souscrite, l'adhérent et ses proches bénéficient de garanties d'assistance. Ces garanties sont conçues de façon à l'accompagner tout au long de la vie du contrat.

Les garanties au bénéfice des enfants de l'adhérent concernent les enfants vivant au domicile et âgés de moins de 16 ans ou les enfants handicapés vivant au domicile et sans limite d'âge.

Les transports de personnes prévus dans ces garanties s'effectuent en taxi, train 1re classe ou avion classe économique.

En cas d'hospitalisation, vous pouvez bénéficier de l'intervention, pendant 8 heures, d'un interprète en langue des signes pour faciliter vos échanges avec les professionnels de santé le jour de l'intervention.

ACCOMPAGNEMENT PRÉ ET POST HOSPITALISATION (HORS AMBULATOIRE)

Macif Assistance propose à l'assuré un accompagnement personnalisé avant et après une hospitalisation avec :

■ Un parcours personnalisé en ligne

Le parcours est accessible depuis votre espace personnel sur **macif.fr**

Le site propose un parcours personnalisé en ligne avec des conseils avant l'intervention, puis au retour au domicile.

■ Un accompagnement par la plateforme médico-sociale

L'accompagnement est réalisé au travers d'entretiens téléphoniques avec une infirmière diplômée d'état sous la responsabilité d'un médecin. Il permet de faire le point avec l'assuré, lui apporter des conseils adaptés à sa situation et de répondre à ses questions.

Il est composé :

- d'un appel avant l'intervention pour bien préparer son hospitalisation et anticiper sa sortie : anesthésie, formalités, gestion de l'anxiété, règles d'hygiène et d'alimentation, aides nécessaires au retour au domicile... ;
- d'un appel au retour au domicile pour favoriser un bon rétablissement : surveillance des principaux signes cliniques et symptômes (douleur, fièvre, cicatrice, nausées...), compréhension des ordonnances de sortie et mise en place de son suivi médical, reprise des activités quotidiennes... ;
- et si l'infirmière l'estime opportun, d'un suivi allant jusqu'à 3 entretiens téléphoniques.

Le service est ouvert dès l'annonce de l'hospitalisation, et jusque dans les 30 jours suivant le retour au domicile.

Le service est accessible du lundi au samedi, hors jours fériés.

L'accompagnement téléphonique sera délivré au bénéficiaire hospitalisé. Toutefois en cas d'hospitalisation d'un enfant de moins de 18 ans, il pourra l'être à l'un de ses parents ou représentants légaux.

CHIRURGIE AMBULATOIRE

Les garanties décrites ci-dessous sont mises en œuvre :

- **en cas de chirurgie ambulatoire d'un assuré faisant suite à un accident ou une maladie et entraînant une immobilisation à domicile d'au moins une journée ;**
- **ou d'intervention chirurgicale comprenant une nuit et entraînant une immobilisation à domicile d'au moins 2 jours.**

Pour l'assuré

■ La présence d'un proche au chevet

Organisation et prise en charge du déplacement A/R d'un proche en France métropolitaine.

Organisation et prise en charge de 2 nuits **d'hébergement pour un proche dans la limite de 50 € par nuit.**

■ L'intervention d'une aide à domicile ou d'une auxiliaire de vie

- Mise à disposition d'une auxiliaire de vie pour la garde de jour, du lundi au vendredi, de 8 h à 20 h ;
- **OU** mise à disposition d'une aide à domicile ayant pour mission de réaliser des tâches quotidiennes telles que du ménage, la préparation des repas, la vaisselle, le repassage et les courses de proximité.

Minimum de 2 heures par intervention (dont 2 heures pour la venue, si nécessaire, d'une coordinatrice afin d'analyser les besoins de l'assuré) **dans la limite de 10 heures, réparties sur une période maximale de 10 jours** à compter de la mise en œuvre de la prestation.

Le transport aux rendez-vous médicaux

Organisation et prise en charge du transport non médicalisé A/R de l'assuré de son domicile vers le cabinet médical ou l'hôpital situé **dans un rayon de 50 km, dans la limite d'un A/R sur une période maximale de 30 jours.**

Le transfert post-hospitalisation du bénéficiaire chez un proche

Dans les 5 jours suivant la sortie de l'hôpital, organisation et prise en charge du déplacement non médicalisé A/R chez un proche en France métropolitaine **dans la limite de 200 €.**

Les autres prestations

Dès le premier jour ou au retour au domicile, l'assuré peut bénéficier de :

- **la livraison de médicaments** dans la limite d'une livraison sur une période maximale de 10 jours. Le coût des médicaments reste à la charge de l'assuré ;
- **la livraison des courses :** transport A/R au centre commercial le plus proche ou prise en charge des frais de livraison d'une commande, dans la limite d'une livraison par semaine sur une période maximale de 10 jours. Le coût des courses reste à la charge de l'assuré ;
- **le portage de repas :** livraison d'un pack de repas, composé de 5 ou 7 jours de repas (à définir à la commande), dans la limite d'une livraison sur une période maximale de 10 jours. Le prix du repas reste à la charge de l'assuré ;
- **le portage d'espèces :** transport A/R jusqu'à la banque de l'adhérent ou de son conjoint ou portage d'espèces **(maximum 150 €)** au domicile par un prestataire agréé contre reconnaissance de dette **dans la limite d'un A/R ou d'un portage** sur une période de 10 jours ;
- **la coiffure à domicile :** déplacement d'un coiffeur au domicile **dans la limite d'un déplacement** sur une période de 10 jours. Le prix de la coupe reste à la charge de l'adhérent.

La téléassistance

Prise en charge de l'installation d'un dispositif de téléassistance et des 3 premiers mois d'abonnement.

Pour ses proches

La prise en charge des enfants vivant au domicile

Organisation et prise en charge d'une des prestations suivantes :

- déplacement A/R d'un proche en France métropolitaine ;
- **OU** déplacement A/R des enfants et de l'adulte qui les accompagne au domicile d'un proche en France métropolitaine.

En cas d'absence d'accompagnateur, l'accompagnement est assuré par un prestataire conventionné.

Si aucune de ces solutions ne convient, organisation et prise en charge de la garde des enfants chez un intervenant spécialisé ou au domicile **dans la limite de 10 heures réparties sur une période maximale de 10 jours.**

La prise en charge des ascendants vivant au domicile

Organisation et prise en charge du déplacement A/R d'un proche **OU** du transfert chez un proche en France métropolitaine.

Si cette solution ne convient pas, organisation et prise en charge de la garde à domicile **dans la limite de 10 heures réparties sur une période maximale de 10 jours.**

La conduite des enfants à l'école et aux activités extrascolaires

Lorsque aucun proche ne peut se rendre disponible, les enfants bénéficient de :

- la conduite A/R à l'école par un prestataire 1 fois par jour **dans la limite de 5 jours répartis sur une période maximale d'un mois ;**
- la conduite aux activités extrascolaires par un prestataire **1 fois par semaine pour chaque enfant sur une période maximale d'un mois.**

La garde des animaux domestiques (chats, chiens et NAC)

- Visite de l'animal au domicile de l'adhérent : visite ou garde de l'animal par un garde animalier ;
- **OU** garde de l'animal au domicile d'un garde animalier.
- **Forfait de 15 € par jour dans la limite de 450 euros TTC par évènement.** Le remboursement s'effectue sur production de la facture.
- Promenade du chien de l'adhérent par un garde animalier.

Forfait de 15 € par jour dans la limite de 450 euros TTC par évènement. Le remboursement s'effectue sur production de la facture.

HOSPITALISATION OU IMMOBILISATION À DOMICILE

Les garanties décrites ci-dessous sont mises en œuvre **en cas d'accident ou de maladie** entraînant une hospitalisation ou une immobilisation à domicile. L'hospitalisation est considérée comme non programmée dès lors que vous n'en avez connaissance que dans les 10 jours qui la précèdent. **En cas d'hospitalisation programmée, le nombre d'intervention est limité à deux par bénéficiaire et par année civile.**

Indisponibilité de l'adhérent ou son conjoint en cas : d'hospitalisation programmée ou non de plus de 2 jours ou d'immobilisation à domicile supérieure à 5 jours.

Pour vous ou votre conjoint

La présence d'un proche au chevet

Organisation et prise en charge du déplacement A/R d'un proche en France métropolitaine.

Organisation et prise en charge de 2 nuits d'hébergement **dans la limite de 50 € par nuit.**

La fermeture du domicile quitté en urgence

En cas de départ précipité pour un établissement hospitalier :

- organisation de la fermeture des accès du domicile et des éléments situés à l'intérieur du domicile (lumières, appareils électriques…) ainsi que du traitement des denrées périssables (poubelle, réfrigérateur…) **dans la limite de 2 heures d'intervention** ;
- prise en charge des frais de taxi nécessaires à la récupération et à la restitution des clés **dans la limite de 100 € par trajet.**

Intervention d'une aide à domicile ou d'une auxiliaire de vie

- Mise à disposition d'une auxiliaire de vie pour la garde de jour, du lundi au vendredi, de 8 h à 20 h ;
- **OU** mise à disposition d'une aide à domicile ayant pour mission de réaliser des tâches quotidiennes telles que du ménage, la préparation des repas, la vaisselle, le repassage et les courses de proximité.

Minimum de 2 heures par intervention (dont 2 heures pour la venue, si nécessaire, d'une coordinatrice afin d'analyser les besoins de l'assuré) **dans la limite de 20 heures,** réparties sur une période maximale de 20 jours.

Le transport aux rendez-vous médicaux et paramédicaux

Organisation et prise en charge du transport non médicalisé A/R de l'assuré de son domicile vers le cabinet médical ou l'hôpital situé **dans un rayon de 50 km, dans la limite d'un A/R** sur une période maximale d'un mois.

La préparation du retour au domicile

En cas d'hospitalisation de plus de 14 jours, mise à disposition, dans les 48 h précédant le retour au domicile, d'une aide à domicile chargée de préparer le retour au domicile de l'adhérent ou de son conjoint (ménage, chauffage, courses…) **dans la limite de 4 heures d'intervention.**

Prise en charge des frais de taxi nécessaires à la récupération et à la restitution des clés **dans la limite de 100 € par trajet.**

Le transfert post-hospitalisation du bénéficiaire chez un proche

Dans les 5 jours suivant la sortie de l'hôpital, organisation et prise en charge du déplacement non médicalisé A/R chez un proche en France métropolitaine **dans la limite de 200 €.**

Les autres prestations

Dès le premier jour ou au retour au domicile, l'adhérent ou son conjoint peut bénéficier de :

- **la livraison de médicaments dans la limite d'une livraison** sur une période maximale d'un mois. Le coût des médicaments reste à la charge de l'adhérent ou de son conjoint ;
- **la livraison des courses :** transport A/R au centre commercial le plus proche ou prise en charge des frais de livraison d'une commande, **dans la limite d'une livraison par semaine** sur une période maximale d'un mois. Le coût des courses reste à la charge de l'adhérent ou de son conjoint ;
- **le portage de repas :** livraison d'un pack de repas, composé de 5 ou 7 jours de repas (à définir à la commande), **dans la limite d'une livraison** sur une période maximale d'un mois. Le prix du repas reste à la charge de l'adhérent ou de son conjoint ;
- **le portage d'espèces :** transport A/R jusqu'à la banque de l'adhérent ou de son conjoint ou portage d'espèces **(maximum 150 €**) au domicile par un prestataire agréé contre reconnaissance de dette **dans la limite d'un A/R** ou d'un portage sur une période maximale d'un mois ;
- **la coiffure à domicile :** déplacement d'un coiffeur au domicile **dans la limite d'un déplacement** sur une période maximale d'un mois. Le prix de la coupe reste à la charge de l'adhérent ou de son conjoint.

Pour vos proches

Le soutien scolaire ou aide aux devoirs (pour les enfants du primaire au secondaire)

Pendant toute la durée de l'hospitalisation, les enfants de l'adhérent ou de son conjoint peuvent bénéficier :

- s'ils restent au domicile : d'une aide aux devoirs **dans la limite de 2 heures par semaine** pour chaque enfant (hors vacances scolaires et jours fériés) et sur une période maximale d'un mois ;

- s'ils sont transférés chez un proche éloigné géographiquement de leur école (+ de 50 km) : d'un soutien scolaire chez ce proche **dans la limite de 3 heures par jour ouvré** (hors vacances scolaires et jours fériés) et par foyer, sur une période maximale de 4 semaines.

La garde des animaux domestiques (chats, chiens et NAC)

En cas d'hospitalisation de l'adhérent :

- visite de l'animal au domicile de l'adhérent : visite ou garde de l'animal par un garde animalier ;
- **OU** garde de l'animal au domicile d'un garde animalier.

Forfait de 15 € par jour dans la limite de 450 euros TTC par évènement. Le remboursement s'effectue sur production de la facture.

En cas d'immobilisation à domicile de l'adhérent :

- promenade du chien de l'adhérent par un garde animalier.

Forfait de 15 € par jour dans la limite de 450 euros TTC par évènement. Le remboursement s'effectue sur production de la facture.

Indisponibilité de l'adhérent ou son conjoint en cas : d'hospitalisation non programmée de plus de 24 heures ou d'hospitalisation programmée de plus de 2 jours ou d'immobilisation à domicile supérieure à 5 jours

La prise en charge des enfants vivant au domicile

Organisation et prise en charge d'une des prestations suivantes :

- déplacement A/R d'un proche en France métropolitaine ;
- **OU** déplacement A/R des enfants et de l'adulte qui les accompagne au domicile d'un proche en France métropolitaine.

En cas d'absence d'accompagnateur, l'accompagnement est assuré par un prestataire conventionné.

Si aucune de ces solutions ne convient, organisation et prise en charge de la garde des enfants chez un intervenant spécialisé ou au domicile **dans la limite de 30 heures réparties sur une période maximale de 30 jours.**

La conduite des enfants à l'école et aux activités extrascolaires

Lorsque aucun proche ne peut se rendre disponible, les enfants ou petits-enfants bénéficient de :

- la conduite A/R à l'école par un prestataire 1 fois par jour **dans la limite de 5 jours** répartis sur une période maximale d'un mois ;
- la conduite aux activités extrascolaires par un prestataire **1 fois par semaine** pour chaque enfant sur une période maximale d'un mois.

La prise en charge des ascendants vivant au domicile

Organisation et prise en charge du déplacement A/R d'un proche **OU** du transfert chez un proche en France métropolitaine.

Si cette solution ne convient pas, organisation et prise en charge de la garde à domicile **dans la limite de 30 heures** réparties sur une période maximale de 30 jours.

Indisponibilité de l'enfant vivant au domicile en cas : d'hospitalisation non programmée de plus de 24 heures ou d'hospitalisation programmée de plus de 2 jours

La garde des enfants malades ou blessés

Organisation et prise en charge **d'une** des prestations suivantes :

- déplacement A/R d'un proche en France métropolitaine ;
- **OU** déplacement A/R des enfants malades et de l'adulte qui les accompagne au domicile d'un proche en France métropolitaine.

En cas d'absence d'accompagnateur, l'accompagnement est assuré par un prestataire conventionné.

Si aucune de ces solutions ne convient, organisation et prise en charge de la garde des enfants chez un intervenant spécialisé ou au domicile **dans la limite de 30 heures réparties sur une période maximale d'un mois.**

Le soutien scolaire à domicile (pour les enfants du primaire au secondaire)

En cas d'hospitalisation ou d'immobilisation d'au moins deux semaines : soutien pédagogique dans l'année scolaire en cours jusqu'à la reprise des cours **dans la limite de 3 heures par jour ouvré (hors vacances scolaires et jours fériés).**

La garde des frères et sœurs de l'enfant malade ou blessé

Organisation et prise en charge d'une des prestations suivantes :

- déplacement A/R d'un proche en France métropolitaine ;
- **OU** garde des frères et sœurs au domicile par un intervenant spécialisé **dans la limite de 30 heures** réparties sur une période maximale de 30 jours.

Indisponibilité de l'assistante maternelle habituelle en cas : d'hospitalisation non programmée de plus de 2 jours ou d'hospitalisation programmée de plus de 4 jours ou d'immobilisation à domicile supérieure à 5 jours

La prise en charge des enfants vivant au domicile

Organisation et prise en charge de la garde des enfants par un intervenant spécialisé au domicile dans la limite de 30 heures réparties sur une période maximale de 30 jours.

NAISSANCE OU ADOPTION

En cas de grossesse pathologique entraînant une immobilisation imprévue au domicile supérieure à 15 jours de l'adhérente ou la conjointe de l'adhérent

■ Livraison de médicaments

Livraison de médicaments **dans la limite d'une livraison** sur une période maximale d'un mois. Le coût des médicaments reste à la charge de l'adhérent ou de son conjoint.

En cas d'hospitalisation de plus de 8 jours de l'adhérente ou de la conjointe de l'adhérent, liée à un accouchement

■ Intervention d'une aide à domicile

Dès le premier jour ou au retour au domicile, mise à disposition d'une aide à domicile. **Minimum de 2 heures** par jour **dans la limite de 30 heures** réparties sur une période maximale de 30 jours.

■ Prise en charge de vos enfants vivant au domicile

Organisation et prise en charge **d'une** des prestations suivantes :

- déplacement A/R d'un proche en France métropolitaine ;
- **OU** déplacement A/R des enfants et de l'adulte qui les accompagne au domicile d'un proche en France métropolitaine.

En cas d'absence d'accompagnateur, l'accompagnement est assuré par un prestataire conventionné.

Si aucune de ces solutions ne convient, organisation et prise en charge de la garde des enfants chez un intervenant spécialisé ou au domicile **dans la limite de 30 heures** réparties sur une période maximale de 30 jours.

■ La conduite des enfants à l'école et aux activités extrascolaires

Lorsque aucun proche ne peut se rendre disponible, les enfants bénéficient de :

- la conduite A/R à l'école par un prestataire 1 fois par jour dans la limite de 5 jours répartis sur une période maximale d'un mois ;
- la conduite aux activités extrascolaires par un prestataire **1 fois par semaine** pour chaque enfant sur une période maximale d'un mois.

■ Le soutien scolaire ou aide aux devoirs (pour les enfants du primaire au secondaire)

Pendant toute la durée de l'hospitalisation, les enfants de l'adhérent ou de son conjoint peuvent bénéficier :

- s'ils restent au domicile : d'une aide aux devoirs **dans la limite de 2 heures par semaine** pour chaque enfant (hors vacances scolaires et jours fériés), et sur une période maximale d'un mois ;
- s'ils sont transférés chez un proche éloigné géographiquement de leur école (+ de 50 km) : d'un soutien scolaire chez ce proche **dans la limite de 3 heures par jour ouvré** (hors vacances scolaires et jours fériés) et par foyer, sur une période maximale d'un mois.

Dès le retour au domicile de l'adhérente ou de la conjointe de l'adhérent

■ Intervention d'une aide à domicile

Mise à disposition d'une aide à domicile. Minimum de 2 heures par jour **dans la limite de 4 heures** réparties sur une période maximale de 20 jours à compter du retour au domicile.

■ Acquisition des premiers gestes

Envoi d'un intervenant qualifié au domicile pour faciliter l'acquisition des premiers gestes liés à la maternité, **dans la limite de 4 heures** réparties sur une période maximale de 10 jours à compter du retour au domicile.

■ Informations naissance

Réponses digitales par des professionnels de santé autour des sujets relatifs à l'enfance, l'adolescence et la parentalité, **dans la limite de 5 questions par an et par bénéficiaire.**

PATHOLOGIES LOURDES

Déclaration ou aggravation d'une pathologie lourde

Ces garanties sont mises en jeu en cas de :

- déclaration d'une pathologie nécessitant un traitement par chimiothérapie, radiothérapie, trithérapie, quadrithérapie ou curiethérapie, immunothérapie, hormonothérapie ;
- survenance ou aggravation d'une pathologie lourde entraînant une hospitalisation de plus de 2 jours consécutifs.

Les pathologies couvertes sont les suivantes :

- pathologies nécessitant un traitement par chimiothérapie, radiothérapie, trithérapie, quadrithérapie ou curiethérapie ;
- accident vasculaire cérébral invalidant ;
- infarctus ou pathologie cardiaque invalidante ;
- hémopathies ;
- insuffisance hépatique sévère ;
- diabète insulino-instable ;
- myopathie ;
- insuffisance respiratoire instable ;
- parkinson non équilibré ;
- mucoviscidose ;
- insuffisance rénale dialysée décompensée ;
- suites de transplantation d'organe ;
- paraplégie non traumatique ;
- polyarthrite rhumatoïde évolutive ;
- sclérose en plaques ;
- sclérose latérale amyotrophique ;
- complication invalidante suite à des actes chirurgicaux ;
- polypathologies.

■ Enveloppe de services pour les assurés adultes et enfants

L'assuré adulte malade bénéficie d'une **enveloppe de 50 unités de services** qu'il peut utiliser sur une période maximale de 12 mois à compter de sa sortie de l'hôpital.

Les services pouvant être mis en œuvre sont les suivants :

- aide à domicile (minimum de 2 heures par jour) ;
- auxiliaire de vie ;
- présence d'un proche (prise en charge du transport A/R et de l'hébergement **dans la limite de 2 nuits, petits-déjeuners inclus à concurrence de 92 € par nuit) ;**
- livraison de médicaments (le coût des médicaments reste à la charge de l'assuré) ;
- transport aux RDV médicaux (dans un rayon de 50 km du domicile) ;
- portage des repas (dans la limite d'une livraison par semaine ; le coût du repas reste à la charge de l'assuré) ;
- livraison de courses (dans la limite d'une livraison par semaine ; le coût des courses reste à la charge de l'assuré) ;
- coiffure à domicile (le coût de la coupe reste à la charge de l'assuré) ;
- entretien du jardin ;
- garde d'enfants ;
- conduite à l'école (dans la limite d'un A/R par jour) et aux activités extrascolaires (dans la limite d'un A/R par semaine et par enfant) pour les enfants de moins de 16 ans.

Chacun des services proposés équivaut à un nombre d'unité défini :

- aide ménagère : 1 heure = 1 unité ;
- auxiliaire de vie : 1 heure = 2 unités ;
- présence d'un proche : 1 A/R + hébergement = 10 unités ;
- livraison de médicaments : 1 livraison = 3 unités ;
- transport aux RDV médicaux : 1 transport A/R = 6 unités ;
- portage de repas : 1 livraison = 6 unités ;
- livraison de courses : 1 livraison = 6 unités ;
- coiffure à domicile : 1 déplacement = 1 unité ;
- entretien jardin : 1 heure = 2 unités ;
- garde d'enfants : 1 heure = 2 unités ;
- conduite à l'école ou aux activités extrascolaires : 1 trajet A/R = 4 unités.

■ Visite d'un ergothérapeute et travaux d'aménagement du domicile

L'assuré peut bénéficier d'un bilan réalisé par un ergothérapeute comprenant l'analyse de ses capacités à réaliser les différents actes de la vie quotidienne et des propositions d'aménagement du domicile. Dans la limite d'un bilan par événement.

À la suite de ce bilan, l'assuré pourra être mis en relation avec un prestataire pour la mise en œuvre des travaux d'aménagement préconisés. Le coût des travaux reste à la charge de l'assuré.

■ Téléassistance

Prise en charge de l'installation d'un dispositif de téléassistance et des 3 premiers mois d'abonnement.

LES + EMPLOIS

Les garanties décrites ci-après visent à faciliter le retour à l'emploi après un accident ou une maladie, ou à accompagner le départ à la retraite.

Aide au retour à l'emploi

Les garanties décrites ci-dessous sont mises en œuvre **en cas d'accident ou de maladie invalidante** de l'adhérent ou de son conjoint rendant impossible l'exercice de son activité professionnelle.

Pour vous et votre conjoint

■ **Entretien téléphonique avec un travailleur social pour des informations et conseils sur les démarches liées à l'évolution de la situation professionnelle**

Cette garantie est accordée dans la limite de 6 entretiens téléphoniques sur une période de 12 mois.

■ **Aide à la recherche d'un nouvel emploi dans les 12 mois suivants la perte de l'emploi :**

- bilan professionnel et techniques de recherche d'emploi (CV, lettre de motivation, techniques de prospection, préparation et simulation d'entretien d'embauche) ;
- prospection d'offres d'emploi dans le secteur choisi par l'assuré ne pouvant plus exercer son activité professionnelle.

Ces garanties sont accordées dans la limite de 7 entretiens en face à face (ou téléphoniques) sur 4 mois pour le bilan professionnel et les techniques de recherche d'emploi ; et dans la limite de 3 entretiens sur 3 mois pour la prospection d'offres d'emplois.

Pour votre conjoint

■ **Aide à la recherche d'un emploi :**

Accompagnement individualisé par un travailleur social pour un retour à l'emploi : connaissance du bassin d'emploi local, mise en ligne du CV, phoning. **Sur une durée maximale de 3 mois** au cours des 12 mois suivant l'événement.

Aide à la mobilité en cas d'immobilisation au domicile de plus de 5 jours, de l'adhérent ou de son conjoint

■ **Transport sur le lieu de travail**

Après une immobilisation au domicile et afin de faciliter le retour sur le lieu de travail, prise en charge de **10 trajets A/R** domicile-travail en taxi **dans un rayon de 30 km.**

Coaching retraite

Afin d'aborder sereinement le départ à la retraite, l'adhérent ou son conjoint peut bénéficier, sur simple demande, d'un bilan réalisé par un travailleur social : aide à la réflexion quant au choix de la date de départ à la retraite, évaluation des impacts sur la vie économique, sociale et familiale, aide dans les démarches.

Dans la limite **d'un bilan sur une période maximale d'un an.**

INFORMATIONS ET CONSEILS

Sur simple demande, un assuré peut bénéficier, dès la souscription et **hors urgence médicale,** de :

■ **Soutien psychologique à la suite d'un événement traumatisant (maladie, décès, licenciement, divorce)**

Prise en charge de 1 à 5 entretiens téléphoniques et de 1 à 3 entretiens en face à face si nécessaire avec un intervenant spécialisé, dans un délai d'un an à compter de la date de survenance de l'événement.

■ **Informations et conseils médicaux (24 h sur 24)**

■ **Informations juridiques**

Ciblées sur les thématiques santé, famille, droit du travail, retraite, perte d'autonomie, succession, fiscalité, administration, justice, vie pratique (du lundi au samedi de 9 h à 19 h, hors jours fériés).

■ **Conseils sociaux**

Conseils sur les organismes sociaux, les démarches auprès de l'employeur, les caisses d'allocations familiales, les aides sociales ou financières…

Dans la limite de 5 entretiens par an et par foyer (du lundi au vendredi de 9 h à 19 h, hors jours fériés).

LA PROTECTION DU TRAVAILLEUR INDÉPENDANT

Les garanties décrites ci-dessous sont mises en œuvre en cas d'accident ou de maladie de l'adhérent travailleur indépendant, entraînant une hospitalisation ou une immobilisation à domicile. L'hospitalisation est considérée comme non programmée dès lors que l'assuré n'en a connaissance que dans les 10 jours qui la précèdent.

Accompagnement du travailleur indépendant

Sur simple demande, l'adhérent travailleur indépendant peut bénéficier, dès la souscription et **dans les 12 mois suivant la création de l'entreprise,** de :

■ Informations juridiques professionnelles

Ciblées sur les thématiques social, fiscal ou affaires (du lundi au samedi de 9 h à 19 h, hors jours fériés, valable à tout moment dès la souscription.

■ Accompagnement budgétaire

Accompagnement par un conseiller en Économie sociale et familiale afin d'anticiper les conséquences de la création d'entreprise sur le budget familial, dans la limite de 6 entretiens téléphoniques dans les 12 mois suivant la création de l'entreprise.

■ Assistance administrative

Support à la gestion professionnelle et privée, dans la limite de 12 heures sur 12 mois.

Perturbations temporaires de l'activité de l'adhérent travailleur indépendant ou du conjoint collaborateur en cas : d'hospitalisation imprévue de plus de 2 jours ou d'hospitalisation programmée de plus à 4 jours ou d'immobilisation à domicile supérieure à 5 jours ou de grossesse pathologique avec alitement entraînant une immobilisation imprévue au domicile supérieure à 15 jours

■ Aide aux déplacements

Organisation et prise en charge de 3 trajets A/R dans les 20 jours suivant l'évènement, dans la limite de 250 euros TTC.

■ Service de coursier

Organisation de l'acheminement de documents professionnels urgents depuis le domicile ou le lieu de travail, dans la limite de 3 portages dans les 20 jours suivants l'évènement et dans un rayon de 30 km. Les frais d'envoi postaux restent à la charge de l'assuré.

■ Transfert d'un collaborateur

Organisation et prise en charge du déplacement A/R d'un collaborateur en France métropolitaine, pour permettre le remplacement de l'assuré.

Organisation et prise en charge de 2 nuits d'hébergement dans la limite de 50 € par nuit.

Perturbations temporaires de l'activité de l'adhérent travailleur indépendant ou du conjoint collaborateur en cas : d'accident entraînant une hospitalisation de plus de 10 jours ou d'immobilisation imprévue au domicile supérieure à 30 jours ou d'hospitalisation de plus de 5 jours en cas de survenance d'une pathologie lourde ou d'hospitalisation de plus de 10 jours en cas d'aggravation d'une pathologie lourde

Les garanties décrites ci-dessous sont mises en œuvre en cas d'accident corporel ou de maladie invalidante de l'adhérent travailleur indépendant ou de son conjoint collaborateur rendant impossible l'exercice de son activité professionnelle.

Les pathologies couvertes sont les suivantes :

- pathologies nécessitant un traitement par chimiothérapie, radiothérapie, trithérapie, quadrithérapie ou curiethérapie ;
- accident vasculaire cérébral invalidant ;
- infarctus ou pathologie cardiaque invalidante ;
- hémopathies ;
- insuffisance hépatique sévère ;
- diabète insulino-instable ;
- myopathie ;
- insuffisance respiratoire instable ;
- parkinson non équilibré ;
- mucoviscidose ;
- insuffisance rénale dialysée décompensée ;
- suites de transplantation d'organe ;
- paraplégie non traumatique ;
- polyarthrite rhumatoïde évolutive ;
- sclérose en plaques ;
- sclérose latérale amyotrophique ;
- complication invalidante suite à des actes chirurgicaux ;
- polypathologies.

■ Aide aux déplacements

Organisation et prise en charge de 12 trajets A/R dans les 12 mois suivant l'évènement, dans la limite de 750 euros TTC.

■ Service de coursier

Organisation de l'acheminement de documents professionnels urgents depuis le domicile ou le lieu de travail, dans la limite de 12 portages dans les 12 mois suivants l'évènement et dans un rayon de 30 km. Les frais d'envoi postaux restent à la charge de l'assuré.

■ Transfert d'un collaborateur

Organisation et prise en charge du déplacement A/R d'un collaborateur en France métropolitaine, pour permettre le remplacement de l'adhérent ou de son conjoint collaborateur.

Organisation et prise en charge de 2 nuits d'hébergement dans la limite de 50 € par nuit.

■ Accompagnement budgétaire

Accompagnement par un conseiller en Économie sociale et familiale afin d'anticiper les conséquences de la création d'entreprise sur le budget familial, dans la limite de 6 entretiens téléphoniques dans les 12 mois suivant l'évènement.

■ Assistance administrative

Support à la gestion professionnelle et privée, dans la limite de 24 heures sur 12 mois.

■ Visite d'un ergothérapeute et travaux d'aménagement du lieu de travail

Bilan réalisé par un ergothérapeute dans les 12 mois suivant l'évènement, dans la limite d'un bilan par événement.

À la suite de ce bilan, l'adhérent ou son conjoint collaborateur pourra être mis en relation avec un prestataire pour la mise en œuvre des travaux d'aménagement préconisés. Le coût des travaux reste à la charge de l'adhérent.

Cessation de l'activité professionnelle de l'adhérent travailleur indépendant ou du conjoint collaborateur en cas : d'accident ou maladie rendant impossible l'exercice de l'activité professionnelle ou de décès rendant impossible le maintien de l'activité professionnelle.

■ Aide aux déplacements

Organisation et prise en charge de 3 trajets A/R dans les 12 mois suivant l'arrêt de l'activité, **dans la limite de 250 euros TTC.**

■ Assistance administrative

Support à la gestion professionnelle et privée, **dans la limite de 6 heures sur 12 mois.**

■ Entretien téléphonique avec un travailleur social pour faciliter le retour à l'emploi :

- informations et conseils sur les démarches liées à l'évolution de la situation professionnelle ;
- techniques de recherche d'emploi (CV, lettre de motivation, techniques de prospection, préparation et simulation d'entretien d'embauche) ;
- prospection d'offres d'emploi dans le secteur choisi par l'adhérent ne pouvant plus exercer son activité professionnelle.

Ces garanties sont accordées **dans la limite de 6 entretiens téléphoniques sur une période de 12 mois.**

Accompagnement administratif et social

En cas de perte d'autonomie ou d'aggravation de la perte d'autonomie de l'aidé :

■ Répit de l'aidant

En cas de fatigue physique ou morale de l'aidant, nous le mettons en relation avec un réseau de services de proximité : auxiliaire de vie, aide à domicile, portage de repas…

■ Aide aux démarches administratives

Afin d'aider l'aidant dans la rédaction des documents administratifs liés à la perte d'autonomie, mise à disposition d'un intervenant à domicile **dans la limite de 4 heures,** à raison de 2 heures minimum par intervention.

■ Bilan social et aide à la décision de devenir aidant

Entretien téléphonique avec un travailleur social afin d'aider la personne qui envisage de devenir aidant à prendre une décision éclairée quant au choix d'assumer cette fonction. Cette prestation se décompose en quatre étapes :

1 - déterminer les besoins de l'aidé ;
2 - accompagner l'aidant dans son appréciation de ses capacités à faire face à son engagement en analysant les impacts sur sa vie sociale, professionnelle et économique ;
3 - proposer des solutions d'organisation du quotidien (exemple : recours à l'accueil temporaire, remplacement ponctuel, aménagement du logement) ;
4 - donner des indications pour trouver d'éventuels financements.

Service accessible du lundi au vendredi de 8 h 30 à 17 h.

Indisponibilité de l'aidant

En cas d'hospitalisation programmée ou non de plus de 2 jours ou d'une immobilisation au domicile de plus de 5 jours de l'aidant :

■ Intervention d'une aide à domicile ou d'une auxiliaire de vie

- Mise à disposition d'une auxiliaire de vie pour la garde de jour de l'aidé ;
- **OU** mise à disposition d'une aide à domicile ayant pour mission de réaliser des tâches quotidiennes telles que du ménage, la préparation des repas, la vaisselle, le repassage et les courses de proximité.

Intervention de l'aide à domicile et de l'auxiliaire de vie de 8 h à 20 h du lundi au vendredi, hors jour férié. Minimum de 2 heures par intervention (dont 2 heures pour la venue, si nécessaire, d'une coordinatrice afin d'analyser les besoins de l'aidé) **dans la limite de 15 heures,** réparties sur une période maximale de 15 jours à compter de la mise en œuvre de la prestation.

■ Venue d'un proche ou transfert chez un proche

Organisation et prise en charge :

- du transport A/R d'un proche en France métropolitaine ;
- **OU** du transport A/R non médicalisé de l'aidé chez un proche en France métropolitaine. Si cela est nécessaire, le transport d'un accompagnant est également pris en charge.

Garanties non cumulables et prises en charge dans la limite de 200 €.

■ Hébergement temporaire de l'Aidé

Financement du coût d'un hébergement temporaire en foyer d'hébergement, maison d'accueil spécialisée (MAS) ou établissement pour personnes âgées, dans la limite de 200 € TTC (sur présentation d'une facture).

■ Téléassistance

Prise en charge de l'installation d'un dispositif de téléassistance et des 3 premiers mois d'abonnement.

Maintien à domicile

En cas de perte d'autonomie ou d'aggravation de la perte d'autonomie de l'aidé :

■ Évaluation d'un ergothérapeute et aménagement du domicile

Organisation de la venue d'un ergothérapeute qui établit une évaluation de l'aidé dans son lieu de vie. Si l'ergothérapeute propose des solutions d'aménagement du domicile, mise en relation de l'aidant avec une structure qui sert d'intermédiaire avec les entreprises susceptibles de réaliser ces aménagements. Le coût des travaux n'est pas pris en charge.

■ Téléassistance

Prise en charge de l'installation d'un dispositif de téléassistance et des 3 premiers mois d'abonnement.

Aide au déménagement

En cas de perte d'autonomie ou d'aggravation de la perte d'autonomie de l'aidé et si celui-ci ne peut plus rester à domicile :

■ Visite d'établissements

Prise en charge des trajets A/R non médicalisés (taxi ou VSL) sur 30 jours dans un rayon de 100 km du domicile, dans la limite de 250 € dans les 24 mois suivant l'événement.

■ Mise en relation avec une entreprise de déménagement

Le prix du déménagement reste à la charge de l'aidant ou de l'aidé.

■ Nettoyage du logement

Organisation et prise en charge du nettoyage du logement quitté **dans la limite de 500 €** à prendre dans un délai d'un mois à compter du déménagement.

COMMENT METTRE EN ŒUVRE LES GARANTIES D'ASSISTANCE ?



Les garanties d'assistance **sont accordées en France (hors départements et régions d'outre-mer) y compris Andorre et Principauté de Monaco.**

Les garanties d'assistance sont assurées par IMA Assurances. L'assuré peut contacter les services d'IMA Assurances 24 h sur 24 au numéro communiqué par la mutuelle.

Sauf cas de force majeure, l'assuré dispose d'un délai de 10 jours à compter de l'événement générateur (immobilisation au domicile, sortie d'hospitalisation/maternité, décès) **pour contacter IMA Assurances et demander la mise en place des garanties.**

Ce délai ne s'applique pas aux garanties suivantes : "Accompagnement administratif et social", "Maintien à domicile", "Aide au déménagement", "Aide au retour à l'emploi" et "Protection du travailleur indépendant". Pour ces garanties, l'assuré dispose d'un **délai d'un an à compter de l'événement générateur** (accident ou maladie invalidante, perte d'autonomie ou aggravation de la perte d'autonomie de l'aidé).

L'assuré exprime à IMA Assurances la nature des prestations d'assistance qui lui sont nécessaires. Le nombre d'heures de prestations d'assistance octroyé est ensuite apprécié par IMA Assurances en fonction de la nature et de la gravité de l'événement ainsi que de la gêne et du préjudice occasionné à ses proches, et ce sur la base d'éléments objectifs : taille du logement, composition du foyer familial, existence d'aides familiales ou extra-familiales, présence de personnes dépendantes au sein du foyer, degré d'autonomie déterminé en fonction de la capacité de réalisation des actes essentiels de la vie courante.

IMA Assurances se réserve le droit de demander la justification médicale de l'événement générant la mise en œuvre des garanties (certificat médical, bulletin d'hospitalisation, certificat de décès…).

La mise en œuvre des garanties "Aidants & aidés", est soumise à l'envoi à IMA Assurances :

- d'un justificatif de la perte d'autonomie de l'aidé (justificatif de perception de l'AEEH, de la PCH, de l'AAH ou de l'APA) ;
- d'un certificat médical en cas d'aggravation de la perte d'autonomie de l'aidé ;
- d'un bulletin d'hospitalisation ou d'un certificat médical en cas d'hospitalisation ou d'immobilisation de l'aidant.

Les garanties d'assistance sont mises en œuvre par IMA Assurances ou en accord préalable avec elle. Elles ne doivent pas se substituer aux interventions des services publics, ni aux prestations dues par les organismes sociaux et les employeurs.

IMA Assurances ne participera pas après coup aux dépenses que le bénéficiaire des garanties aurait engagées de sa propre initiative.

IMA Assurances ne sera pas tenue responsable des manquements ou contretemps à l'exécution de ses obligations qui résulteraient de cas de force majeure ou des événements suivants : pandémie, guerre civile ou étrangère, révolution, mouvement populaire, émeute, grève, saisie ou contrainte par la force publique, interdiction officielle, piraterie, explosion d'engins, effets nucléaires ou radioactifs, empêchements climatiques.

EXCLUSIONS DE GARANTIE

Ne donnent pas lieu à l'application des garanties d'assistance, les hospitalisations :

- **dans des centres de convalescence, de rééducation ou de cures thermales ainsi que dans des établissements et services psychiatriques, gérontologiques et gériatriques ;**
- **liées à des soins de chirurgie plastique entrepris pour des raisons exclusivement esthétiques, ainsi que leurs conséquences, en dehors de toute intervention à la suite de blessures, malformations ou lésions liées à des maladies ;**
- **liées au changement de sexe, à la stérilisation, les traitements pour transformations, dysfonctionnements ou insuffisances sexuelles, ainsi que leurs conséquences.**

De même sont exclues les hospitalisations et immobilisations à domicile résultant de :

- **l'usage de drogues ou de stupéfiants non ordonnés médicalement ;**
- **la consommation d'alcool ;**
- **l'action volontaire du bénéficiaire : suicide, tentative de suicide ou mutilation volontaire.**

IMA Assurances ne sera pas tenue d'intervenir dans les cas où le bénéficiaire aurait commis de façon volontaire des infractions à la législation en vigueur.

LEXIQUE

A

ADHÉRENT : personne dont l'adhésion à la mutuelle a été acceptée et qui est à ce titre tenue au paiement des cotisations.

AIDANT : personne qui vient en aide, pour partie ou totalement, à titre non professionnel, à un proche en perte d'autonomie, pour les activités de la vie quotidienne. Peut avoir la qualité d'aidant : l'adhérent ou son conjoint.

AIDÉ : proche de l'aidant qui relève ou est susceptible de relever des droits à l'une des aides suivantes :

- l'Allocation d'Éducation pour l'Enfant Handicapé (AEEH) pour les catégories 2 à 6 ;
- la Prestation de Compensation du Handicap (PCH) ;
- l'Allocation pour Adultes Handicapés (AAH) ;
- l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA) au titre d'un classement GIR 1 à 4.

AMBULATOIRE : hospitalisation de moins de 24 heures dans un établissement de santé (sans nuitée).

ASSURÉ : personne physique nommément désignée au contrat et qui bénéficie des garanties.

ACTIVITÉ PHYSIQUE ADAPTÉE : au sens de l'article L.1172-1 du Code de la santé publique, il s'agit de programmes d'activité physique et sportive, adaptés aux capacités et aux besoins biologiques de la personne (que cette dernière soit en situation de handicap, vieillissante ou atteinte de maladie chronique) à des fins d'amélioration de la santé, du bien-être et de l'autonomie.
Ces programmes sont encadrés dans différentes structures telles que les hôpitaux, les cliniques spécialisées ou les maisons de retraite. Ils peuvent aussi être proposés par des professionnels formés et dédiés à l'enseignement d'activités physiques et sportives pour les publics spécifiques.

B

BASE DE REMBOURSEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE (BRSS) : c'est le tarif servant de référence à l'Assurance Maladie Obligatoire pour déterminer le montant de son remboursement. Le prix facturé au patient peut, dans certaines situations, être supérieur à la base de remboursement. Exemple : consultation réalisée par un médecin de secteur 2. On parle de :

- **Tarif de convention (TC)** lorsque les actes sont effectués par un professionnel de santé conventionné avec l'Assurance Maladie Obligatoire. Il s'agit d'un tarif fixé par une convention signée entre l'Assurance Maladie Obligatoire et les représentants de cette profession ;
- **Tarif d'autorité (TA)** lorsque les actes sont effectués par un professionnel de santé non conventionné avec l'Assurance Maladie Obligatoire (ce qui est peu fréquent). Il s'agit d'un tarif forfaitaire qui sert de base de remboursement. Il est très inférieur au tarif de convention ;
- **Tarif de responsabilité (TR)** pour les médicaments, appareillages et autres biens médicaux.

C

CHAMBRE PARTICULIÈRE : cette prestation, proposée par les établissements de santé, permet à un patient hospitalisé d'être hébergé dans une chambre individuelle (pour une personne).
Cette prestation est facturable au patient lorsqu'il demande expressément à être hébergé en chambre individuelle. La chambre individuelle n'est pas facturable lorsque la prescription médicale impose l'isolement comme, par exemple, dans un établissement psychiatrique ou de soins de suite. Une chambre particulière peut être facturée à l'occasion d'une hospitalisation ambulatoire. Le coût de la chambre individuelle varie selon les établissements et les services.

CONJOINT : personne unie à l'adhérent par les liens du mariage, selon les termes du Code civil. Sont assimilés au conjoint : le concubin et le partenaire lié par un pacte civil de solidarité (PACS), selon les dispositions du Code civil. Le conjoint, ou la personne assimilée, doit en outre vivre en couple avec l'adhérent, sous le même toit, de façon constante c'est-à-dire sans être séparé de corps ou de fait.

CONTRAT RESPONSABLE : la réglementation dite du contrat "solidaire et responsable" a pour objectif d'encadrer les dépenses de santé grâce au respect d'un certain nombre d'obligations et d'interdictions en termes de prestations de santé. La réglementation précise notamment que l'organisme complémentaire d'assurance maladie ne doit pas fixer les cotisations en fonction de l'état de santé de l'individu et détaille les planchers et plafonds de garanties à respecter par le contrat.

D

DÉLAI D'ATTENTE : période suivant la prise d'effet du contrat ou l'augmentation des garanties ou l'adjonction d'un bénéficiaire au cours de laquelle les prestations dont bénéficie l'assuré sont limitées.

DÉPASSEMENT D'HONORAIRES : c'est la part des honoraires qui se situe au-delà de la base de remboursement de la Sécurité sociale et qui n'est jamais remboursée par cette dernière. Le contrat de complémentaire santé peut prendre en charge tout ou partie de ces dépassements. Toutefois, pour les contrats dits responsables et solidaires, le niveau de remboursement est plafonné pour les médecins non adhérant à l'OPTAM.

DISPOSITIFS DE PRATIQUE TARIFAIRE MAÎTRISÉE (OPTAM / OPTAM-ACO) : dispositifs mis en place entre l'Assurance maladie et les syndicats de médecins dans lesquels les médecins adhérents s'engagent notamment à limiter leurs dépassements d'honoraires. Il existe deux dispositifs : l'Option de Pratique Tarifaire Maîtrisée (OPTAM) et l'Option de Pratique Tarifaire Maîtrisée Anesthésie, Chirurgie et Obstétrique (OPTAM-ACO). Le contrat responsable prévoit une meilleure prise en charge lorsque vous consultez un médecin adhérent à ces dispositifs.

DOMICILE : lieu de résidence de l'assuré à savoir son logement personnel ou celui de toute personne l'hébergeant à l'exception d'une maison de retraite ou d'un établissement spécialisé.

E

ÉTABLISSEMENTS MÉDICO-SOCIAUX : au sens du code de l'action sociale et des familles, il s'agit des établissements assurant des soins et une éducation spéciale ou professionnelle au profit des personnes âgées, des adultes ou enfants handicapés et des personnes sans domicile.

F

FORFAIT JOURNALIER HOSPITALIER : il s'agit de la somme due pour tout séjour hospitalier d'une durée supérieure à 24 heures dans un établissement de santé (ou pour les séjours inférieurs à 24 heures si le patient est présent dans l'établissement à minuit). Il s'agit d'une participation forfaitaire du patient aux frais d'hébergement et d'entretien entraînés par son hospitalisation. Ce forfait n'est pas remboursé par l'Assurance Maladie Obligatoire.

FRAIS DE SÉJOUR : frais facturés par un établissement hospitalier pour couvrir certains coûts et services mis à la disposition du patient lors d'un séjour hospitalier (plateau technique, personnel soignant, médicaments, examens de laboratoire, produits sanguins, prothèses…).

FRANCHISE MÉDICALE ANNUELLE : c'est la somme déduite des remboursements effectués par l'Assurance Maladie Obligatoire sur les médicaments, les actes paramédicaux et les transports sanitaires. Les franchises ne peuvent pas être remboursées par les contrats de complémentaire santé "responsables".

H

HONORAIRES DE DISPENSATION : il s'agit de la rémunération du pharmacien d'officine. Elle est destinée à valoriser la dispensation d'un médicament qui comprend : l'analyse pharmaceutique de l'ordonnance, la préparation éventuelle des doses à administrer, les conseils aux patients.

HONORAIRES PARAMÉDICAUX : entrent dans cette catégorie les honoraires des infirmiers(ères), masseurs-kinésithérapeutes, orthophonistes, orthoptistes, pédicures-podologues pris en charge par le Régime obligatoire. Les sages femmes sont assimilées à cette catégorie.

HOSPITALISATION : désigne généralement un séjour dans un établissement de santé en vue du traitement médical d'une maladie, d'un accident ou d'une maternité. L'hospitalisation ambulatoire recouvre les séjours sans nuitée tant pour de la chirurgie que pour des actes de médecine.

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

L

LISTE DES PRODUITS ET DES PRESTATIONS (LPP) : liste établie par décret définissant l'ensemble des produits et des prestations remboursables par l'assurance maladie et fixant leur base de remboursement par le Régime obligatoire.

M

MÉDECIN TRAITANT : médecin spécialiste ou généraliste, librement choisi par l'assuré âgé de 16 ans au moins pour assurer la coordination de ses soins. L'assuré doit avoir déclaré son médecin traitant auprès de son régime d'assurance maladie obligatoire afin de bénéficier du taux maximal de remboursement de la Sécurité sociale.

N

NAC : il s'agit de la catégorie des Nouveaux Animaux de Compagnie, à savoir les lapins, oiseaux (perroquet, perruche, mandarins ou canaris), furets, tortues et rongeurs (souris, rats, octodons, chinchillas, hamsters, cochons d'inde, gerbilles, écureuils de Corée).

P

PARCOURS DE SOINS : désigne le parcours de soins coordonnés défini par la loi, obligeant les assurés sociaux à consulter leur médecin traitant avant tout autre médecin sous peine de majoration du ticket modérateur par le Régime obligatoire et de non remboursement des éventuels dépassements d'honoraires par la mutuelle.

PARTICIPATION FORFAITAIRE : cette participation forfaitaire est 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 forfaitaire ne peut pas être remboursée par les contrats de complémentaire santé "responsables".

PRESCRIPTION : délai au-delà duquel toute demande relative au contrat d'assurance n'est plus recevable.

PRESTATIONS : il s'agit des montants remboursés à un assuré par la mutuelle en application du contrat souscrit (garanties et éventuels services associés).

PRIX LIMITE DE VENTE : correspond au prix de vente maximum, fixé par le Comité économique des produits de santé, au-delà duquel le produit ne pourra être facturé.

PROCHE : ascendant direct, conjoint ou enfant, vivant ou non au domicile de l'aidant.

R

RÉGIME OBLIGATOIRE (RO) : régime d'assurance maladie français, communément dénommé "Sécurité sociale", qui intervient obligatoirement avant la mutuelle pour rembourser une part des frais de santé. Il est précisé que le régime d'Assurance Maladie Maternité mis en œuvre par la Caisse des Français de l'Étranger (CFE) n'est pas un régime obligatoire.

T

TICKET MODÉRATEUR : c'est la différence entre la base de remboursement de la Sécurité sociale (BRSS) et le montant remboursé par le Régime obligatoire (avant application sur celui-ci de la participation forfaitaire ou d'une franchise). La participation forfaitaire, les franchises médicales et les dépassements d'honoraires s'ajoutent au ticket modérateur : il constitue l'ensemble des frais restant à la charge de l'assuré social avant intervention de l'assurance maladie complémentaire.

TIERS PAYANT : ce système de paiement évite au patient de faire l'avance de tout ou partie des frais auprès des prestataires de soins. Ces derniers sont payés directement par les assurances maladie obligatoires et/ou complémentaires.

L'identifiant unique de Macif Santé Prévoyance délivré par l'éco-organisme Citéo est le FR320871_01GEIG.



MUTUALITÉ MEMBRE DE LA FRANÇAISE

Le contrat **Macif Mutuelle Santé,** distribué par la Macif, est assuré par **Macif Santé Prévoyance,** mutuelle régie par le Livre II du Code de la mutualité et adhérente à la Mutualité Française. SIREN 779 558 501. Siège social : 1 rue Jacques Vandier - 79000 Niort.

IMA Assurances - Société anonyme au capital de 157 000 000 € entièrement libéré. Entreprise régie par le Code des assurances. RCS Niort 481 511 632. Siège social : 118 avenue de Paris - CS 40000 - 79033 Niort cedex 9.

APPIC - Association pour la Promotion de la Prévoyance Individuelle et Collective régie par la loi de 1901. Siège social : 1 rue Jacques Vandier - 79000 Niort.

Carte Blanche Partenaires - SAS au capital de 100 000 € - RCS Paris 379 301 518 - Code APE 8899 B. Siège social : Carré Feydeau - 5 rue Feydeau - 75002 Paris.

Le service de téléconsultation est délivré par **MédecinDirect,** marque de la société Teladoc Health France, SAS au capital de 128 300 €, RCS Paris 508 346 673. Siège social : 2 rue de Choiseul - 75002 Paris.

MACIF - MUTUELLE ASSURANCE DES COMMERÇANTS ET INDUSTRIELS DE FRANCE ET DES CADRES ET SALARIÉS DE L'INDUSTRIE ET DU COMMERCE. Société d'assurance mutuelle à cotisations variables. Entreprise régie par le Code des assurances. Siège social : 1 rue Jacques Vandier - 79000 Niort.

U616 - UNI/PREI/MMS/05 - 06/26