Tableau de garanties Macif Mutuelle Santé

Garanties en vigueur au 1er juin 2026

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 garanties. Les forfaits s'entendent par assuré. 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 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. 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 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

(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 de garanties Macif Mutuelle Santé

Garanties en vigueur au 1er juin 2026

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 garanties. Les forfaits s'entendent par assuré. 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 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. 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 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 €

(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.*

*** 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.**

Les garanties sont accordées dans les conditions et limites prévues au contrat. Macif Mutuelle Santé est un contrat responsable au sens de l'article L.871-1 du Code de la sécurité sociale.

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.
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.

TG MACIF MUTUELLE SANTÉ - 06/26