

SYNTHÈSE DU CONTRAT GARANTIE SANTÉ

Janvier 2022

Préambule

Le contrat Garantie Santé est un contrat collectif à adhésion facultative assuré par Apivia Macif Mutuelle. Ce contrat, soumis à la loi française, est un contrat solidaire et responsable au sens de l'article L.871-1 du Code de la sécurité sociale. Il respecte donc le cahier des charges défini aux articles R.871-1 et R.871-2 du même code.

OBJET DE LA GARANTIE

Le contrat Garantie Santé permet de souscrire une complémentaire santé qui rembourse les frais de soins de santé en complément des remboursements du Régime obligatoire effectués, au titre de l'Assurance maladie et de l'Assurance maternité, ainsi que des remboursements forfaitaires. Il permet également une prise en charge forfaitaire de certains soins non pris en charge par le Régime obligatoire et de bénéficier de garanties d'assistance.

CONDITIONS D'ADHÉSION

L'adhésion au contrat Garantie Santé est réservée aux sociétaires de la Macif ainsi qu'à leur conjoint, descendants ou ascendants, personnes physiques âgées de plus de 16 ans, ayant la capacité de contracter, résidant en France métropolitaine ou dans les départements et régions d'outre-mer et affiliés à un régime obligatoire français d'Assurance maladie.

L'adhésion est possible sans limite d'âge et n'est soumise à aucun questionnaire médical. Cependant, au-delà de 70 ans, l'adhésion est conditionnée, pour tout nouvel adhérent, à la production d'un justificatif d'une couverture complémentaire précédente, sans interruption de garanties au moment de la souscription.

L'adhérent au contrat, qui adhère également à la mutuelle, désigne les assurés inscrits au contrat.

Personnes pouvant être désignées assurés	Qualité
- le conjoint de l'adhérent qu'il exerce ou non une activité professionnelle - les ascendants vivant sous le toit de l'adhérent - les enfants âgés de 20 à 26 ans qui ne poursuivent pas d'études	ADULTE
- les enfants de moins de 20 ans - les enfants âgés de 20 à 26 ans qui poursuivent des études	ENFANT

Sont assimilés au conjoint, le concubin ou le partenaire lié par un pacte civil de solidarité. Le conjoint ou la personne assimilée doit 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.

Le nombre d'assurés adultes est limité à trois, par adhésion.

Si un assuré est bénéficiaire d'un autre contrat de complémentaire santé, l'adhérent doit nous en informer.

La mutuelle concrétise l'adhésion par l'envoi d'une carte de tiers payant qui prouve l'appartenance à la mutuelle et permet aux assurés de bénéficier du service de tiers payant auprès des professionnels de santé conventionnés.

GARANTIES

Le niveau de garanties varie en fonction de la formule choisie par l'adhérent et précisée dans la demande d'assurance. Chaque assuré adulte peut choisir une formule de garanties différente. Tous les assurés enfants bénéficient obligatoirement de la même formule de garanties qui doit être identique à celle d'un assuré adulte.

Les formules du contrat Garantie Santé se composent d'une formule "Soins" couplée à un niveau d'"Équipements". L'adhérent peut choisir entre 4 formules "Soins": Économique, Équilibrée, Protectrice, Excellence. Pour chacune de ces formules "Soins", il doit ensuite choisir un niveau d'"Équipements" entre les deux ou trois proposés.

Le détail des garanties par formule est présenté dans le tableau des garanties ci-après.

FORMULES "SOINS"

► Hospitalisation :

Cette garantie couvre :

- les honoraires (médicaux et chirurgicaux),
- les analyses et examens de laboratoire,
- la radiologie (y compris les produits pour examen),
- les honoraires paramédicaux, à savoir les honoraires des infirmiers(ères), masseurs-kinésithérapeutes, orthophonistes, orthoptistes, pédicures-podologues, sages femme, remboursés par le Régime obligatoire,
- le forfait patient urgences,
- la participation forfaitaire sur les actes techniques égaux ou supérieurs à 120 €,
- les frais de transport,
- les frais de séjour,
- le forfait journalier hospitalier (sous réserve d'une hospitalisation d'au moins une nuit),
- la chambre particulière et la chambre accompagnant (sauf dans le cadre de la formule "Soins" Économique), dans la limite de 90 jours par année civile et sous réserve d'une hospitalisation d'au moins une nuit,
- les soins et prestations liés à une hospitalisation prise en charge au titre de l'Hospitalisation à Domicile (HAD) par la Sécurité sociale.

Le remboursement de l'ensemble des prestations liées à une hospitalisation est soumis à la prise en charge de l'hospitalisation par le Régime obligatoire.

Ne sont pas pris en charge par la mutuelle les séjours en établissements médico-sociaux, dans les maisons de retraite, dans une unité de soins longue durée (USLD) ou dans un établissement dont le code DMT est listé en annexe de la note d'information détaillée.

► Prime naissance :

En cas de naissance après la prise d'effet du contrat, une prime naissance est versée, sous réserve que l'enfant soit désigné comme assuré au titre du contrat dans les trois mois suivant sa naissance. Une seule prime naissance est versée par enfant. L'adoption d'un enfant mineur est assimilée à une naissance.

► Soins courants :

Cette garantie couvre :

- les honoraires médicaux (honoraires de consultation, de téléconsultations remboursés par le Régime obligatoire, de visite et les soins prodigués par des médecins généralistes et spécialistes, remboursés par le Régime obligatoire),
- les médicaments remboursés à 65 % et 30 % par le Régime obligatoire,
- les médicaments remboursés à 15 %, excepté dans la formule "Soins" Économique,
- l'homéopathie non remboursée par le Régime obligatoire*, à savoir les consultations en homéopathie et les médicaments homéopathiques. Cette garantie est prévue uniquement pour les formules Équilibrée, Protectrice et Excellence. Dans ce cas, le forfait garanti est annuel (par année civile),
- les analyses et examens de laboratoire,
- la radiologie (y compris les produits pour examen),
- les honoraires paramédicaux, à savoir les honoraires des infirmiers(ères), masseurs-kinésithérapeutes, orthophonistes, orthoptistes, pédicures-podologues, sages femme, remboursés par le Régime obligatoire,
- les séances d'ostéopathie, d'acupuncture, de diététique, de chiropractie, de pédicurie/podologie, de psychologie et d'étiopathie (sauf dans le cadre de la formule "Soins" Économique). Le remboursement mentionné est limité à 3 séances par année civile pour l'ensemble des spécialités mentionnées,
- les frais de transport hors hospitalisation.

► Prévention :

Cette garantie couvre :

- les actes de prévention ainsi que les vaccins remboursés par le Régime obligatoire,
- le vaccin antigrippal non remboursé par le Régime obligatoire,
- les objets contraceptifs inscrits à la LPP et remboursés par le Régime obligatoire,
- le forfait "Intimité et vie du couple" qui couvre tous les modes de contraception non remboursés par le Régime obligatoire, les tests de grossesse et d'ovulation, les traitements des troubles liés à la sexualité non remboursés par le Régime obligatoire et vendus en pharmacie et parapharmacie (ex : andropause, ménopause). Le forfait garanti est annuel (par année civile) pour l'ensemble des dispositifs mentionnés,
- le forfait "Activité physique adaptée et prévention des risques cardio-vasculaires": prise en charge des dépenses liées à l'achat de produits de sevrage tabagique vendus en pharmacie et parapharmacie, à l'achat d'un tensiomètre ou à la participation à des ateliers d'activité physique adaptés. Le forfait garanti est annuel (par année civile) pour l'ensemble des dispositifs mentionnés.

► Dentaire :

Cette garantie couvre les soins dentaires et les soins d'obturation Inlay/Onlay/Overlay. Le forfait garanti est annuel (par année civile).

NIVEAUX "ÉQUIPEMENTS"

► Dentaire :

Cette garantie couvre :

• Les prothèses 100 % Santé :

Conformément à la réglementation, la catégorie des actes prothétiques 100 % Santé propose un large choix de prothèses fixes ou mobiles pour lesquelles 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, par exemple).

La catégorie des actes prothétiques 100 % Santé est entrée en vigueur au **1^{er} janvier 2020** pour les couronnes, Inlay-core et les bridges définis réglementairement, et au **1^{er} janvier 2021** pour les prothèses amovibles concernées.

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

• Les autres prothèses dentaires remboursées par le Régime obligatoire (hors prothèses 100 % Santé) :

Cette garantie couvre les couronnes dentaires, les Inlay-core, les bridges (3 à 5 dents), les appareils dentaires amovibles (1 à 3 dents), les couronnes dentaires transitoires, les dents supplémentaires ou la réparation sur bridges et appareils amovibles.

Depuis le 1^{er} janvier 2020, cette catégorie concerne les actes prothétiques à tarifs maîtrisés et les actes prothétiques à tarifs libres. Pour plus de détails, se reporter à la note d'information détaillée.

Bonus fidélité : pour les niveaux d'Équipements 1 à 4, les forfaits accordés pour les couronnes dentaires, bridges ainsi que pour les appareils dentaires amovibles sont majorés de 10 % à compter du 13^e mois d'adhésion, 20 % à compter du 25^e mois d'adhésion et 30 % à compter du 37^e mois d'adhésion. Ces pourcentages ne sont pas cumulatifs et s'appliquent sur le montant des forfaits indiqués au tableau de garanties.

• L'orthodontie remboursée par le Régime obligatoire :

Le forfait Orthodontie 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.

Le remboursement des prestations "Autres prothèses remboursées par le Régime" et "Orthodontie" est limité à un plafond global par assuré les 24 premiers mois suivant l'adhésion. Au-delà de ce plafond, seul le ticket modérateur est pris en charge. Le montant de ces plafonds par niveau d' "Équipements" figure dans le tableau des garanties ci-après. Ce plafond s'applique également en cas de modification de la formule choisie.

En cas d'augmentation du niveau d' "Équipements", le plafond global de la 2^e année s'applique sur la nouvelle formule durant les 12 mois qui suivent sa prise d'effet.

► Implants dentaires et parodontie :

Cette garantie couvre les implants dentaires (dans le cadre des niveaux d' "Équipements" 2, 3 et 4) et la parodontie non remboursée par le Régime obligatoire (dans le cadre des niveaux d' "Équipements" 1 à 4). Ces prestations prennent la forme de forfaits annuels (par année civile).

► Optique :

• Les équipements 100 % Santé :

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), cette garantie couvre 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.

• Les autres verres et montures remboursés par le Régime obligatoire (hors équipements 100 % Santé) :

Depuis le 1^{er} janvier 2020, cette catégorie concerne les équipements dits de classe B. Pour plus de détails, se reporter à la note d'information détaillée. Cette garantie couvre les montures adultes et enfants ainsi que les verres (simples, complexes ou hyper complexes) remboursés par le Régime obligatoire. Les équipements optique "enfant" sont réservés aux assurés de moins de 16 ans.

Bonus fidélité : pour les niveaux d'Équipements 1 à 4, les forfaits accordés pour les verres adulte et enfant sont majorés de 10 % à compter du 13^e mois d'adhésion, 20 % à compter du 25^e mois d'adhésion et 30 % à compter du 37^e mois d'adhésion. Ces pourcentages ne sont pas cumulatifs et s'appliquent sur le montant des forfaits indiqués au tableau de garanties.

• Autres équipements optiques :

Le contrat couvre également le remboursement des lentilles de contact, de la chirurgie réfractive de l'œil (dans le cadre des niveaux d' "Équipements" 3 et 4) et des appareils basse-vision.

Le nombre d'équipement (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 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 100 % Santé :

Conformément à la réglementation, la catégorie des aides auditives 100 % Santé (dites de classe I) propose, depuis le 1^{er} janvier 2021 :

- 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 ; 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 adaptative, bande passante élargie 6000 Hz, fonction apprentissage de sonie, système anti-réverbération.

Lorsque l'équipement entre dans la catégorie des aides auditives 100 % Santé (classe I), cette garantie couvre 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.

• Autres aides auditives remboursées par le Régime obligatoire (hors équipements 100 % Santé) :

Cette garantie couvre les autres appareils acoustiques remboursés par le Régime obligatoire.

Depuis le 1^{er} janvier 2021, cette catégorie concerne les aides auditives de classe II. Pour plus de détails, se reporter à la note d'information détaillée.

Limite de garantie pour les "Aides auditives" :

Depuis le 1^{er} janvier 2021, le cahier des charges du contrat responsable limite le nombre d'équipement (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.

- Entretien, piles et accessoires pour aides auditives :
Le forfait garanti est annuel (par année civile).

► Appareillage :

Cette garantie couvre le matériel médical (les aides techniques inscrites à la Liste des Produits et des Prestations Remboursables **hors titre IV, basse vision, objets contraceptifs et audioprothèses**) ainsi que les véhicules pour handicapés physiques. Dans ce dernier cas, le forfait garanti est annuel (par année civile).

► Cures thermales :

Cette garantie couvre les honoraires de cures thermales, le transport et l'hébergement ainsi que le forfait thermal pour soins. **Le remboursement de l'ensemble de ces prestations est soumis à la prise en charge de la cure thermique par le Régime obligatoire.** Les forfaits garantis sont annuels (par année civile).

Ce qui est exclu :

- les cures thermales pour lesquelles les honoraires de médecine thermique ne sont pas pris en charge par le régime obligatoire,
- les soins complémentaires et les soins de confort non prévus dans le forfait thermal.

GARANTIES D'ASSISTANCE

Quelle que soit la formule de garanties choisie, l'assuré bénéficie de garanties d'assistance en cas de chirurgie ambulatoire, d'hospitalisation programmée ou non, d'immobilisation à domicile, de naissance ou d'adoption, de pathologie lourde ou d'obsèques. Les prestations pouvant être mises en place sont notamment l'aide à domicile, la garde des enfants, la prise en charge des descendants vivant au domicile, la garde des chiens et chats, la préparation du retour au domicile, l'aide à l'organisation des obsèques. Le contrat prévoit également des garanties d'aide au retour à l'emploi et d'accompagnement dans le départ à la retraite des travailleurs indépendants, d'assistance psychologique /médicale/ juridique/sociale et d'assistance dédiées aux aidants. Pour le détail des garanties, se reporter à la note d'information détaillée.

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.

SERVICES DU CONTRAT

► **Simulateur de remboursements :** en se rendant sur le site www.macif.fr, l'adhérent pourra connaître le montant de ses remboursements sur les principaux postes de soins et ainsi estimer ses dépenses de santé. De nombreux exemples de remboursements sont également accessibles sur le site www.macif.fr.

► **Services et réseau de soins :** pour vous aider à optimiser vos dépenses de santé, notre mutuelle vous fait bénéficier de divers avantages et services, et notamment l'accès à un réseau de soins partenaire. Ces avantages et services vous permettent de bénéficier d'une aide pour l'analyse de vos devis de soins ; de plusieurs applications web et notamment d'un service de téléconsultation ; mais également de tarifs négociés auprès de nombreux professionnels de santé (opticiens, chirurgiens-dentistes, centres auditifs, diététiciens, ...). Vous conservez, dans tous les cas, la liberté de choix de votre professionnel de santé. Pour plus d'informations, nous vous invitons à vous rendre dans votre Espace personnel Assurance sur notre site www.macif.fr.

► **Tiers Payant :** la carte de tiers payant précise les actes pouvant se voir appliquer le tiers payant.

TERRITORIALITÉ

GARANTIES SANTÉ

Le contrat Garantie Santé intervient pour les soins effectués en France (départements et régions d'outre-mer inclus). Il intervient également pour les soins effectués hors de France, **dans la limite du ticket modérateur et sous réserve qu'ils soient pris en charge par le Régime obligatoire.** Les remboursements sont effectués en France et en euros.

GARANTIES D'ASSISTANCE

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

LIMITES DE GARANTIES

LIMITES DES REMBOURSEMENTS

L'assuré au titre du contrat ne peut en aucun cas obtenir des remboursements supérieurs aux frais réellement engagés. Lesdits remboursements ne peuvent par ailleurs excéder le montant maximal des remboursements de la mutuelle, prévus au tableau de garanties. En outre, et sauf exceptions inscrites dans le tableau des garanties, les frais de santé ne donnant pas lieu à prise en charge au titre du régime de Sécurité sociale de l'assuré n'ouvrent pas droit à un remboursement.

Aucune prestation n'est due pour des soins réalisés avant la date d'effet du contrat ou après la date de résiliation du contrat. Cependant, sous réserve d'une précédente couverture sans interruption d'assurance justifiée par la production d'un certificat de radiation, la mutuelle interviendra :

- pour les actes d'hospitalisation et les actes réalisés en série, prescrits et commencés avant la date d'effet du contrat : l'assuré pourra prétendre à une prise en charge des soins dont la date de réalisation se situe pendant sa période de couverture auprès de la mutuelle,
- pour les actes d'orthodontie prescrits et commencés avant la date d'effet du contrat : l'assuré pourra prétendre aux remboursements de ses soins selon le calcul d'un prorata établi en fonction de sa période de couverture auprès de la mutuelle.

ASSURANCES CUMULATIVES

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

EXCLUSIONS DE GARANTIES

GARANTIES SANTÉ

Ne donnent pas lieu aux 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 forfaitaire 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*.

GARANTIES D'ASSISTANCE

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

- dans des établissements et services psychiatriques, gériatriques 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 qu'à 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.

Les garanties d'assistance ne sont pas accordées dans le cas où le bénéficiaire aurait commis de façon volontaire des infractions à la législation en vigueur.

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) garantie(s) concernée(s). Nous sommes alors en droit de réclamer le remboursement des prestations versées à tort.

COTISATIONS

Les cotisations sont annuelles et par assuré. Elles sont fixées en fonction de 4 critères :

- l'âge de l'assuré. Celui-ci est déterminé par différence de millésimes entre l'année d'échéance de la cotisation et l'année de naissance moins une année (soit : année d'échéance moins année de naissance moins 1),
- la zone de résidence de l'assuré (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 son statut de travailleur indépendant.

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

PRISE D'EFFET ET DURÉE DU CONTRAT

Le contrat prend effet à la date figurant sur la demande d'adhésion. La première période d'assurance se termine au 31 décembre de l'année en cours. Le contrat se renouvelle ensuite, par tacite reconduction, au 1^{er} janvier de chaque année, sauf dans les cas de cessation de garantie prévus à l'article Cessation des garanties.

CESSATION DES GARANTIES

Les garanties cessent sur demande de l'adhérent :

- moyennant un préavis de deux 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 de modification de la situation d'un assuré entraînant une augmentation des cotisations. L'adhérent doit alors adresser sa demande à la mutuelle dans un délai de 30 jours à compter de la réception de son nouvel avis d'échéance ;
- en cas de modification des 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 lui est notifiée.

La demande de résiliation doit être adressée à la mutuelle par lettre ou tout autre moyen prévu à l'article L.221-10-3 du Code de la mutualité (notamment par courrier postal ou électronique, par déclaration en point d'accueil physique Macif ou via l'Espace Assurance sur le site www.macif.fr). La mutuelle confirmera par écrit à l'adhérent avoir reçu sa demande de résiliation.

Les garanties cessent également en cas de non-paiement d'une cotisation ou d'une fraction de cotisation dans les conditions définies dans la note d'information détaillée.

RÉCLAMATIONS

En cas d'insatisfaction, l'adhérent peut joindre son conseiller aux coordonnées habituelles. Si la réponse apportée n'est pas satisfaisante, l'adhérent adresse sa réclamation par écrit au Service Qualité de l'assureur, aux coordonnées figurant sur la carte de tiers payant.

Nous nous attacherons à traiter votre réclamation dans les meilleurs délais et au plus tard dans les délais réglementaires.

MÉDIATION

Après épuisement des procédures internes de réclamation décrites à l'article précédent, vous pouvez saisir le Médiateur de l'Assurance :

- par écrit, à l'adresse suivante :

La Médiation de l'Assurance - TSA 50110 - 75441 Paris cedex 09

- via son site Internet : www.mediation-assurance.org.

Le Médiateur se déclarera compétent uniquement si toutes les voies de recours internes ont été épuisées.

L'avis du Médiateur ne s'impose pas aux parties qui restent libres de faire valoir leurs droits en justice.

Si le contrat a été souscrit par Internet, l'adhérent peut également utiliser la plateforme européenne de règlement en ligne des litiges.

PRESCRIPTION

Toute action dérivant du contrat est prescrite par un délai de 2 ans à partir de l'événement qui y donne naissance.

Toutefois, le délai de prescription* ne court que du jour où le bénéficiaire a eu connaissance du sinistre, s'il prouve qu'il l'a ignoré jusque-là.

La prescription* peut être interrompue par :

- une des causes ordinaires d'interruption prévues par les articles 2240 et suivants du Code civil (demande en justice, reconnaissance par le débiteur du droit de l'autre partie, mesure conservatoire ou acte d'exécution forcée) ;
- la désignation d'un expert ;
- l'envoi d'une lettre recommandée ou d'un envoi recommandé électronique, avec accusé de réception, adressé par la mutuelle à l'adhérent* et ayant pour objet le règlement de la cotisation ;
- l'envoi d'une lettre recommandée ou d'un envoi recommandé électronique, avec accusé de réception, adressé par l'adhérent* ou un ayant droit à la mutuelle et ayant pour objet le règlement de l'indemnité.

LOI MADELIN

Les garanties du contrat Garantie Santé peuvent entrer dans le champ d'application de la loi Madelin du 11.02.1994 (codifié aux articles L.154 bis du Code général des impôts et L.144-1 du Code des assurances). Cette réglementation permet, sous conditions, à l'adhérent, professionnel indépendant (revenus relevant de la catégorie des BIC ou BNC), conjoint collaborateur d'un professionnel indépendant, dirigeant non salarié relevant de l'article 62 du Code général des impôts, de déduire de son bénéfice imposable les cotisations versées au titre du contrat Garantie Santé dans la limite des plafonds en vigueur. Pour bénéficier de cette déduction, il faut adhérer à l'association mentionnée sur la demande d'adhésion et au contrat Garantie Santé souscrite par ladite association.

Cette synthèse est une présentation générale et succincte du contrat qui n'a pas vocation à se substituer à la note d'information détaillée qui sera adressée ultérieurement à l'adhérent et dont il est important de prendre connaissance attentivement.

La langue utilisée entre la mutuelle et l'adhérent pendant toute la vie du contrat est le français. Les informations contenues dans cette synthèse sont valables jusqu'au 31 décembre de l'année en cours.

ANNEXE : TABLEAU DES GARANTIES DES FORMULES “SOINS”

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, conformément à la loi.

Les pourcentages de ce tableau sont des plafonds exprimés par rapport aux bases de remboursement de la Sécurité sociale en incluant son remboursement. Les garanties exprimées en euros correspondent au remboursement de la mutuelle uniquement et n'incluent pas le remboursement de la Sécurité sociale. Les forfaits s'entendent par assuré.

	ÉCONOMIQUE	ÉQUILBRÉE	PROTECTRICE	EXCELLENCE
HOSPITALISATION ⁽¹⁾				
Honoraires (chirurgicaux et médicaux) :				
● médecins adhérents à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée*	100 %	175 %	225 %	250 %
● médecins non adhérents à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée*	100 %	150 %	200 %	200 %
Analyses et examens de laboratoire	100 %	100 %	100 %	100 %
Radiologie	100 %	100 %	100 %	100 %
Honoraires paramédicaux	100 %	100 %	100 %	100 %
Forfait patient urgences	Remboursement intégral	Remboursement intégral	Remboursement intégral	Remboursement intégral
Participation forfaitaire sur les actes techniques égaux ou supérieurs à 120 €	Oui	Oui	Oui	Oui
Frais de transport	100 %	100 %	100 %	100 %
Frais de séjour	100 %	100 %	100 %	100 %
Forfait journalier hospitalier* ⁽²⁾	Remboursement intégral	Remboursement intégral	Remboursement intégral	Remboursement intégral
Chambre particulière ⁽²⁾	-	50 €/jour limité à 90 jours / an	60 €/jour limité à 90 jours / an	70 €/jour limité à 90 jours / an
Chambre accompagnant ⁽²⁾	-	20 €/jour limité à 90 jours / an	25 €/jour limité à 90 jours / an	30 €/jour limité à 90 jours / an
PRIME NAISSANCE				
Prime naissance	100 € / enfant	100 € / enfant	100 € / enfant	100 € / enfant
SOINS COURANTS				
Honoraires médicaux				
Consultations - visites (médecine générale) :				
● médecins adhérents à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée*	100 %	150 %	175 %	225 %
● médecins non adhérents à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée*	100 %	125 %	150 %	200 %
Consultations - visites (médecine spécialiste) :				
● médecins adhérents à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée*	100 %	175 %	225 %	250 %
● médecins non adhérents à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée*	100 %	150 %	200 %	200 %
Médicaments				
● pharmacie remboursée à 65 % et à 30 % par le RO*	100 %	100 %	100 %	100 %
● pharmacie remboursée à 15 % par le RO	15 % ⁽³⁾	100 %	100 %	100 %
Homéopathie non remboursée par le RO* (prestations assurées à partir du 01/01/2021)	-	20 € / an	40 € / an	60 € / an
Analyses et examens de laboratoire	100 %	100 %	100 %	100 %
Radiologie	100 %	100 %	100 %	100 %
Honoraires paramédicaux	100 %	100 %	100 %	100 %
Ostéopathe / Acupuncteur / Diététicien / Chiropracteur / Podologue / Pédicure / Psychologue / Étiopathe	-	35 € / séance ⁽⁴⁾	40 € / séance ⁽⁴⁾	45 € / séance ⁽⁴⁾
Transport hors hospitalisation	100 %	100 %	100 %	100 %
PRÉVENTION				
Actes de prévention et vaccins remboursés par le RO*	100 %	100 %	100 %	100 %
Objets contraceptifs inscrits à la LPP*	100 %	100 %	100 %	100 %
Vaccin antigrippal non remboursé	Remboursement intégral	Remboursement intégral	Remboursement intégral	Remboursement intégral
Forfaits Prévention / Bien-être ⁽⁵⁾ :				
● intimité et vie du couple	50 €	50 €	50 €	50 €
● activité physique adaptée et prévention des risques cardio-vasculaires	40 €	40 €	40 €	40 €
DENTAIRE				
Soins (actes et soins dentaires)	100 %	100 %	100 %	100 %
Soins d'obturation Inlay/Onlay/Overlay ⁽⁵⁾	100 %	100 % + 100 €	100 % + 150 €	100 % + 200 €

*RO = Régime obligatoire. / Dispositif de pratique tarifaire maîtrisée : OPTAM/OPTAM-CO. / LPP = Liste des Produits et Prestations Remboursés par le RO.
(1) Sont exclus les séjours en établissement médico sociaux*, dans les maisons de retraite, dans une unité de soins longue durée (USLD) ou dans un établissement dont le code DMT est listé en annexe. (2) Sous réserve d'une hospitalisation d'au moins une nuit. (3) Remboursement par le Régime Obligatoire* uniquement. (4) Limité à 3 séances par an pour l'ensemble des spécialités. (5) Forfait par année civile.

ANNEXE : TABLEAU DES GARANTIES DES NIVEAUX D'“ÉQUIPEMENTS”

Le tableau de garanties indique les plafonds de remboursement des dépenses de santé effectuées par l'assuré ayant respecté le parcours de soins. Ces dépenses engagées par l'assuré, conformément à la loi.

Les pourcentages de ce tableau sont des plafonds exprimés par rapport aux bases de remboursement de la Sécurité sociale en incluant son remboursement. Les garanties exprimées en pourcentage et en euros incluent le remboursement de la Sécurité sociale, le ticket modérateur et la prise en charge

 **Bonus fidélité** : Les prestations suivies de ce symbole donnent lieu à un bonus fidélité. Chaque année, à la date anniversaire de votre adhésion,

	0	1
DENTAIRE ⁽⁶⁾		
Prothèses 100 % Santé ⁽⁷⁾ (prestations assurées depuis le 01/01/2020) 	Remboursement intégral ⁽⁸⁾	Remboursement intégral ⁽⁸⁾
Autres prothèses remboursées par le RO* :		
Couronne dentaire 	100 %	90 € / couronne
Couronne dentaire transitoire	100 %	100 %
Bridge (3 à 5 dents) 	100 %	280 € / bridge
Appareil dentaire amovible (1 à 3 dents) 	100 %	100 € / appareil
Inlay-core	100 %	45 € / Inlay
Dent supplémentaire ou réparation sur bridge et appareil amovible	100 %	10 € / dent ou réparation
Orthodontie remboursée par le RO* ⁽¹⁶⁾	100 %	100 € / semestre
Pour les “autres prothèses remboursées par le RO*” et “l’orthodontie”, un plafond global annuel s’applique :		
• année 1 (jusqu’à la fin du 12 ^e mois d’affiliation de l’assuré*)	-	500 €
• année 2 (jusqu’à la fin du 24 ^e mois d’affiliation de l’assuré*)	-	1 000 €
Implants dentaires ⁽⁹⁾	-	-
Parodontie non remboursée par le Régime obligatoire* ⁽⁹⁾	-	100 €
OPTIQUE		
Équipements 100 % Santé ⁽⁷⁾ (monture et verres) (prestations assurées depuis le 01/01/2020) 	Remboursement intégral ⁽⁸⁾	Remboursement intégral ⁽⁸⁾
Autres verres et montures remboursés par le RO* :		
Monture adulte	100 %	30 €
Verre simple adulte (par verre) 	100 %	30 €
Verre complexe et hyper complexe adulte (par verre) 	100 %	85 €
Monture enfant	100 %	30 €
Verre simple enfant (par verre) 	100 %	20 €
Verre complexe et hyper complexe enfant (par verre) 	100 %	85 €
Lentilles de contact ⁽⁹⁾	100 % ⁽¹¹⁾	100 % + 40 €
Chirurgie réfractive de l’œil ⁽¹²⁾	-	-
Appareils basse vision ⁽¹³⁾	100 % + 250 €	100 % + 250 €
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		
AIDES AUDITIVES		
Équipements 100 % Santé ⁽⁷⁾ (prestations assurées depuis le 01/01/2021) 	Remboursement intégral ⁽⁸⁾	Remboursement intégral ⁽⁸⁾
Autres aides auditives remboursées par le RO* :		
Appareil acoustique pour > 20 ans	100 %	100 % + 150 €
Appareil acoustique pour ≤ 20 ans	100 %	100 % + 50 €
Entretien, piles et accessoires ⁽⁹⁾	100 %	100 % + 30 €
Pour l’ensemble des aides auditives prises en charge au titre du contrat, le nombre d’équipement (1 appareil acoustique) est limité à 1 équipement		
APPAREILLAGE		
Matériel médical ⁽¹⁴⁾	100 %	125 %
Véhicule pour handicapés physiques inscrit au titre IV de la LPP* ⁽⁹⁾	100 % + 1 500 €	100 % + 1 500 €
CURES THERMALES ⁽⁹⁾⁽¹⁵⁾		
Honoraires de cures thermales	-	100 %
Transport et hébergement	-	100 %
Forfait thermal pour soins	-	100 %

⁽⁶⁾ Pour l’ensemble des garanties “Autres prothèses remboursées par le RO* et orthodontie”, les forfaits sont accordés dans la limite des plafonds année 1 et année 2 indiqués ci-dessus. Au-delà de ces plafonds, seul le ticket modérateur* est remboursé. Ces plafonds s’appliquent en cas de changement du niveau d’Équipements.

⁽⁷⁾ Tels que définis réglementairement.

⁽⁸⁾ Dans les limites et conditions de la réglementation en vigueur.

⁽⁹⁾ Forfait par année civile.

⁽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.

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

Les garanties exprimées en euros correspondent au remboursement de la mutuelle uniquement et n'incluent pas le remboursement de la Sécurité forfaitaire de la mutuelle. Les forfaits s'entendent par assuré.

les forfaits mentionnés sont augmentés de 10 % dans la limite de 30 %. Hors niveau d'Équipement 0.

2	3	4
Remboursement intégral ⁽⁸⁾	Remboursement intégral ⁽⁸⁾	Remboursement intégral ⁽⁸⁾
175 €/couronne	260 €/couronne	345 €/couronne
100 %	100 %	100 %
500 €/bridge	720 €/bridge	940 €/bridge
150 €/appareil	200 €/appareil	250 €/appareil
45 €/Inlay	45 €/Inlay	45 €/Inlay
20 €/dent ou réparation	30 €/dent ou réparation	40 €/dent ou réparation
250 €/semestre	400 €/semestre	550 €/semestre
500 €	700 €	700 €
1 000 €	1 400 €	1 400 €
300 €	400 €	500 €
150 €	200 €	250 €
Remboursement intégral ⁽⁸⁾	Remboursement intégral ⁽⁸⁾	Remboursement intégral ⁽⁸⁾
60 €	90 €	100 € ⁽¹⁰⁾
50 €	70 €	90 €
100 €	115 €	135 €
40 €	50 €	70 €
35 €	50 €	75 €
100 €	115 €	130 €
100 % + 80 €	100 % + 120 €	100 % + 160 €
-	300 €	400 €
100 % + 250 €	100 % + 250 €	100 % + 250 €
Remboursement intégral ⁽⁸⁾	Remboursement intégral ⁽⁸⁾	Remboursement intégral ⁽⁸⁾
100 % + 300 €`	100 % + 450 €	100 % + 600 €
100 % + 150 €	100 % + 250 €	100 % + 300 €
100 % + 40 €	100 % + 50 €	100 % + 60 €
Remboursement intégral ⁽⁸⁾	Remboursement intégral ⁽⁸⁾	Remboursement intégral ⁽⁸⁾
150 %	200 %	300 %
100 % + 1 500 €	100 % + 1 500 €	100 % + 1 500 €
100 % } + 150 €	100 % } + 250 €	100 % } + 350 €
100 % }	100 % }	100 % }

⁽¹³⁾ Aides visuelles pour les personnes dont l'acuité visuelle avec correction est inférieure à 4/10^e. Forfait par année civile. La prise en charge s'effectue en complément du Régime obligatoire* et/ou des aides publiques éventuelles.

⁽¹⁴⁾ Hors titre IV de la LPP*, objets contraceptifs, basse vision et appareils acoustiques.

⁽¹⁵⁾ Sous réserve de prise en charge de la cure thermique par le Régime obligatoire*.

⁽¹⁶⁾ Forfait par semestre de traitement, pouvant être proratisé selon la durée effective de traitement.

LPP : Liste des Produits et Prestations*

RO : Régime Obligatoire*



Le contrat **Garantie Santé**, distribué par la Macif, est assuré par **Apivia Macif Mutuelle** - Mutuelle régie par le Livre II du Code de la mutualité et adhérente à la Mutualité Française. SIREN 779 558 501. Siège social : 17-21 place Étienne Pernet - 75015 Paris cedex 15.

Les **garanties d'assistance** sont assurées par **IMA Assurances** - Société anonyme au capital de 7 000 000 € 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.

Carte Blanche Partenaires - SAS au capital de 100 000 € - RCS PARIS 379 301 518 - Code APE 8899 B. Siège social : 26 rue Laffitte - 75009 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.