

# Garantie Santé



**Note d'information  
détaillée**



# BIENVENUE

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

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

*Avec Garantie Santé, vous disposez :*

- *d'une prise en charge immédiate,*
- *d'une exonération d'avance de tout ou partie de vos frais grâce au tiers payant,*
- *de remboursements rapides,*
- *d'un remboursement intégral des équipements appartenant à la catégorie 100 % Santé,*
- *d'un réseau de professionnels de santé,*
- *d'une consultation de vos remboursements en ligne,*
- *d'un simulateur de remboursement en ligne afin d'anticiper votre éventuel reste à charge,*
- *de garanties d'assistance pour vous accompagner.*

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

Le contrat Garantie 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 ou Collective) au profit de leurs membres professionnels indépendants et de leur conjoint collaborateur.

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

Les garanties d'assistance prévues au contrat sont assurées par IMA Assurances, entreprise soumise au Code des assurances.

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.

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



Pour une meilleure lecture de votre contrat Garantie Santé, le "vous" doit être compris comme l'adhérent et le "nous" comme la Mutuelle. Un lexique est à votre disposition en fin de document pour une parfaite compréhension des termes techniques. Les mots ou expressions ainsi définis sont désignés par un astérisque dans le texte.

## SOMMAIRE

VOTRE ADHÉSION	4
TABLEAU DES FORMULES ET DES GARANTIES SANTÉ	5/6
QU'EST-CE QUE LE 100 % SANTÉ	7/8
VOS GARANTIES SANTÉ	9/14
VOS REMBOURSEMENTS - MODE D'EMPLOI	15/17
LA VIE DE VOTRE CONTRAT	18/21
VOS GARANTIES D'ASSISTANCE	22/30
LEXIQUE	31/32

# GARANTIE SANTÉ : LE BON CHOIX !

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

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

Grâce à son contrat **Garantie Santé, formule Protectrice 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 **60 € 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 prestations **d'assistance** :
  - ▶ organisation et prise en charge du déplacement Aller/Retour de sa fille habitant dans le sud de la France,
  - ▶ intervention **d'une auxiliaire de vie** dès son retour au **domicile\***,
  - ▶ **transport** aux **rendez-vous médicaux**,
  - ▶ **livraison** des **courses** et des **médicaments**.

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

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

Détentrice d'un contrat **Garantie Santé, formule Équilibrée 1**, Sonia a pu mettre en jeu plusieurs garanties du contrat :

- dès l'annonce de sa grossesse, Sonia a pu utiliser son **forfait "Activité physique adaptée et prévention des risques cardio-vasculaires"** (**40 € par an**) pour ses dépenses liées au **sevrage tabagique**. Elle a ainsi pu arrêter de fumer en toute sérénité,
- 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**,
  - ▶ un **intervenant qualifié à son domicile** pour faciliter **l'acquisition des premiers gestes** liés à la maternité,
  - ▶ des conseils par téléphone relatifs aux nouveau-nés et dispensés par des médecins,
- 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 de Garantie Santé**, 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.

# VOTRE ADHÉSION

## CONDITIONS D'ADHÉSION

Pour souscrire le contrat Garantie Santé, vous devez au moment de l'adhésion :

- 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.

L'adhésion est possible **sans limite d'âge**. Cependant, au-delà de 70 ans, vous devez justifier d'une couverture complémentaire précédente, sans interruption de garantie au moment de la souscription. Pour cela, vous 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.

L'âge de l'assuré\* est calculé par différence de millésime entre l'année de prise d'effet de son contrat et son année de naissance moins une année. Par exemple, pour une personne née en 1965, l'âge retenu en 2023 sera déterminé comme suit :  $(2023-1965) - 1 = 57$  ans.

## FORMALITÉS D'ADHÉSION

Vous devez :

- compléter, signer et dater la demande d'assurance en indiquant la/les formule(s) de garanties souscrite(s) 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 lorsque vous souhaitez que la mutuelle résilie votre précédent contrat santé, souscrit 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 pouvant être désignés assurés\*, soit en qualité d'adulte, soit en qualité d'enfant sont :

Personnes pouvant être désignées comme assuré*	Qualité
<ul style="list-style-type: none"><li>• votre conjoint*,</li><li>• vos ascendants vivant sous votre toit,</li><li>• vos enfants âgés de 20 à 26 ans, <b>qui ne poursuivent pas d'études</b>.</li></ul>	<b>ADULTE</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• vos enfants de moins de 20 ans,</li><li>• vos enfants âgés de 20 à 26 ans <b>qui justifient de la poursuite d'études</b> (certificat de scolarité exigé).</li></ul>	<b>ENFANT</b>

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

Votre contrat se compose d'une formule Soins et d'un niveau d'Équipements. Les associations possibles sont les suivantes :

Formule Soins	Niveau d'Équipements
• ÉCONOMIQUE	0
	1
	2
• ÉQUILIBRÉE	1
	2
	3
• PROTECTRICE	2
	3
	4
• EXCELLENCE	3
	4

Tous les membres d'une même famille doivent s'inscrire sur le même contrat. Néanmoins, chaque assuré\* adulte peut choisir une formule de garanties différente. Tous les assurés\* enfants doivent obligatoirement bénéficier de la même formule de garanties qui doit être identique à celle d'un des assurés\* adulte.

La mutuelle concrétise votre adhésion par l'envoi d'une carte de tiers payant\* qui prouve votre appartenance à la mutuelle et vous permet de bénéficier du service de tiers payant\* auprès des professionnels de santé conventionnés. En application de l'article L.871-1 du Code de la sécurité sociale, le participant 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 responsabilités. Cette carte précise les actes ou prestations\* pouvant se voir appliquer le tiers payant\*. Cette carte reste la propriété d'Apivia Macif Mutuelle.



Si un assuré\* 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 et au plus tôt au 1<sup>er</sup> jour du mois suivant la date de signature de cette demande. Lorsque la souscription du contrat intervient dans le cadre d'un mandat de résiliation prévu à l'article L.221-10-2 du Code de la mutualité, le contrat prend effet au lendemain de la prise d'effet de la résiliation du précédent contrat souscrit auprès d'un autre assureur.

# TABLEAU DES FORMULES ET DES GARANTIES

## FORMULES "SOINS"



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\*. Exemple pour la formule Économique : consultations médecine générale : remboursement Sécurité sociale (70 %) + remboursement Mutuelle (30 %) = prise en charge à 100 %

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 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. Pour une meilleure compréhension, vous pouvez vous reporter au chapitre "Vos remboursements - mode d'emploi".

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

<sup>(1)</sup> Sont exclus les séjours en établissement médico-social\*, 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.

<sup>(2)</sup> Sous réserve d'une hospitalisation d'au moins une nuit.  
<sup>(3)</sup> Remboursement par le Régime obligatoire\* uniquement.

<sup>(4)</sup> Limité à 3 séances par année civile pour l'ensemble des spécialités.  
<sup>(5)</sup> Forfait par année civile.

Dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée : OPTAM/OPTAM-CO.  
LPP\* : Liste des Produits et Prestations.  
RO\* : Régime Obligatoire.

## NIVEAUX D'ÉQUIPEMENTS\*



### Bonus fidélité

Les prestations\* suivies de ce symbole donnent lieu à un bonus fidélité. Chaque année, à la date anniversaire de votre adhésion, les forfaits mentionnés sont augmentés de 10 % dans la limite de 30 %. Hors niveau d'Équipements 0.

	0	1	2	3	4
<b>DENTAIRE</b> <sup>(6)</sup>					
<b>Prothèses 100% Santé</b> <sup>(7)</sup> <i>(prestations assurées depuis le 01/01/2020)</i>	Remboursement intégral <sup>(8)</sup>				
<b>Autres prothèses remboursées par le RO*</b> :					
Couronne dentaire	100 %	90 €/couronne	175 €/couronne	260 €/couronne	345 €/couronne
Couronne dentaire transitoire	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Bridge (3 à 5 dents)	100 %	280 €/bridge	500 €/bridge	720 €/bridge	940 €/bridge
Appareil dentaire amovible (1 à 3 dents)	100 %	100 €/appareil	150 €/appareil	200 €/appareil	250 €/appareil
Inlay-core	100 %	45 €/Inlay	45 €/Inlay	45 €/Inlay	45 €/Inlay
Dent supplémentaire ou réparation sur bridge et appareil amovible	100 %	10 €/dent ou réparation	20 €/dent ou réparation	30 €/dent ou réparation	40 €/dent ou réparation
<b>Orthodontie remboursée par le RO*</b> <sup>(16)</sup>	100 %	100 €/semestre	250 €/semestre	400 €/semestre	550 €/semestre
<b>Pour les "autres prothèses remboursées par le RO*" et "l'orthodontie", un plafond global annuel s'applique :</b>					
● année 1 (jusqu'à la fin du 12 <sup>e</sup> mois d'affiliation de l'assuré*)	-	500 €	500 €	700 €	700 €
● année 2 (jusqu'à la fin du 24 <sup>e</sup> mois d'affiliation de l'assuré*)	-	1 000 €	1 000 €	1 400 €	1 400 €
<b>Implants dentaires</b> <sup>(9)</sup>	-	-	300 €	400 €	500 €
<b>Parodontie non remboursée par le Régime obligatoire*</b> <sup>(9)</sup>	-	100 €	150 €	200 €	250 €
<b>OPTIQUE</b>					
<b>Équipements 100% Santé</b> <sup>(7)</sup> (monture et verres) <i>(prestations assurées depuis le 01/01/2020)</i>	Remboursement intégral <sup>(8)</sup>				
<b>Autres verres et montures remboursés par le RO*</b> :					
Monture adulte	100 %	30 €	60 €	90 €	100 € <sup>(10)</sup>
Verre simple adulte (par verre)	100 %	30 €	50 €	70 €	90 €
Verre complexe et hyper complexe adulte (par verre)	100 %	85 €	100 €	115 €	135 €
Monture enfant	100 %	30 €	40 €	50 €	70 €
Verre simple enfant (par verre)	100 %	20 €	35 €	50 €	75 €
Verre complexe et hyper complexe enfant (par verre)	100 %	85 €	100 €	115 €	130 €
<b>Lentilles de contact</b> <sup>(9)</sup>	100 % <sup>(11)</sup>	100 % + 40 €	100 % + 80 €	100 % + 120 €	100 % + 160 €
<b>Chirurgie réfractive de l'œil</b> <sup>(12)</sup>	-	-	-	300 €	400 €
<b>Appareils basse vision</b> <sup>(13)</sup>	100 % + 250 €	100 % + 250 €	100 % + 250 €	100 % + 250 €	100 % + 250 €
<b>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 possible réglementairement. Dans tous les cas, pour chaque assuré*, le point de départ de la période correspond à la date de l'équipement.</b>					
<b>AIDES AUDITIVES</b>					
<b>Équipements 100% Santé</b> <sup>(7)</sup> <i>(prestations assurées depuis le 01/01/2021)</i>	Remboursement intégral <sup>(8)</sup>				
<b>Autres aides auditives remboursées par le RO*</b> :					
Appareil acoustique (> 20 ans)	100 %	100 % + 150 €	100 % + 300 € <sup>(1)</sup>	100 % + 450 €	100 % + 600 €
Appareil acoustique (≤ 20 ans)	100 %	100 % + 50 €	100 % + 150 €	100 % + 250 €	100 % + 300 €
<b>Entretien, piles et accessoires</b> <sup>(9)</sup>	100 %	100 % + 30 €	100 % + 40 €	100 % + 50 €	100 % + 60 €
<b>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 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.</b>					
<b>APPAREILLAGE</b>					
<b>Matériel médical</b> <sup>(14)</sup>	100 %	125 %	150 %	200 %	300 %
<b>Véhicule pour handicapés physiques inscrit au titre IV de la LPP*</b> <sup>(9)</sup>	100 % + 1 500 €	100 % + 1 500 €	100 % + 1 500 €	100 % + 1 500 €	100 % + 1 500 €
<b>CURES THERMALES</b> <sup>(9)(15)</sup>					
<b>Honoraires de cures thermales</b>	-	100 %	100 %	100 %	100 %
<b>Transport et hébergement</b>	-	100 %	100 %	100 %	100 %
<b>Forfait thermal pour soins</b>	-	100 %	100 %	100 %	100 %
			+ 150 €	+ 250 €	+ 350 €

<sup>(6)</sup> 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.

<sup>(7)</sup> Tels que définis réglementairement.

<sup>(8)</sup> Dans les limites et conditions de la réglementation en vigueur.

<sup>(9)</sup> Forfait par année civile.

<sup>(10)</sup> Par exception, ce forfait de 100€ correspond au remboursement de la mutuelle en incluant le remboursement de la Sécurité sociale

<sup>(11)</sup> Uniquement les lentilles prises en charge par le Régime obligatoire\*.

<sup>(12)</sup> Forfait par œil et par année civile.

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

<sup>(14)</sup> Hors titre IV de la LPP\*, objets contraceptifs, basse vision et appareils acoustiques.

<sup>(15)</sup> Sous réserve de prise en charge de la cure thermale par le Régime obligatoire\*.

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

LPP : Liste des Produits et Prestations\*

RO : Régime Obligatoire\*

# QU'EST-CE QUE LE 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 du contrat Garantie Santé. Grâce à son contrat, l'assuré\* n'aura donc aucun reste à charge sur son équipement 100 % Santé.



## Le 100 % SANTÉ DENTAIRE (depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2020)

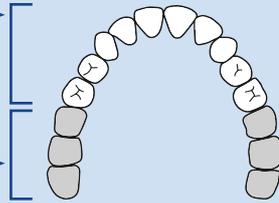
### Les couronnes dentaires et bridges

#### • Dents du sourire :

- couronnes aspect dents blanches pour les incisives, canines et 1<sup>re</sup> 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 (depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2021)

### L'OFFRE 100 % SANTÉ NE PRÉVOIT PAS :

- Les autres couronnes et bridges (dents blanches sur dents du fond, couronnes céramo-céramiques, etc.)
- Les autres prothèses amovibles
- Les implants dentaires
- L'orthodontie



## Le 100 % SANTÉ OPTIQUE (depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2020)

### 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, etc.)
- Les lentilles
- La chirurgie réfractive



## Le 100 % SANTÉ AUDIOLOGIE (depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2021)

### 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 donc 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 au titre de votre contrat en fonction de la formule souscrite.



# 100% SANTÉ

Des soins pour tous, 100% pris en charge

## 4 EXEMPLES DE REMBOURSEMENT

► Équipements de l'offre 100 % Santé

	CE QUE ÇA COÛTE RÉELLEMENT	MES REMBOURSEMENTS	CE QUE ÇA ME COÛTE AU FINAL
<div style="display: flex; align-items: center;">  <div style="margin-left: 20px;"> <p>Depuis le 01/01/2020</p> </div> </div>			
<h3>Couronne dentaire 100 % Santé</h3> <ul style="list-style-type: none"> <li>Exemple pris pour une couronne dentaire céramo-métallique sur une dent du sourire</li> </ul>	500 €	 <div style="border: 1px solid #004a99; padding: 5px; background-color: #004a99; color: white; text-align: center;">           Votre mutuelle <b>416 €</b> </div> <div style="border: 1px solid #004a99; padding: 5px; background-color: #c0c0e0; text-align: center;">           Sécurité sociale <b>84 €</b> </div>	0 €
<ul style="list-style-type: none"> <li>Exemple pour un appareil dentaire amovible unimaxillaire complet 14 dents à base résine (dentier)</li> </ul>	1 100 €	 <div style="border: 1px solid #004a99; padding: 5px; background-color: #004a99; color: white; text-align: center;">           Votre mutuelle <b>972,07 €</b> </div> <div style="border: 1px solid #004a99; padding: 5px; background-color: #c0c0e0; text-align: center;">           Sécurité sociale <b>127,93 €</b> </div>	0 €
<div style="display: flex; align-items: center;">  <div style="margin-left: 20px;"> <p>Depuis le 01/01/2020</p> </div> </div>			
<h3>Paire de lunettes 100 % Santé</h3> <p><b>AVEC VERRES UNIFOCAUX</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Exemple pour la correction la plus simple : 1 monture 30 € + 1 verre neutre + 1 verre unifocal sphère [0 à - 2,00]</li> </ul>	82,50 €	 <div style="border: 1px solid #004a99; padding: 5px; background-color: #004a99; color: white; text-align: center;">           Votre mutuelle <b>67,65 €</b> </div> <div style="border: 1px solid #004a99; padding: 5px; background-color: #c0c0e0; text-align: center;">           Sécurité sociale <b>14,85 €</b> </div>	0 €
<p><b>AVEC VERRES PROGRESSIFS</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Exemple pour la correction la plus complexe : 1 monture 30 € + 2 verres progressifs, sphère &lt; -12,00 et CYL (+) &gt; 4</li> </ul>	370 €	 <div style="border: 1px solid #004a99; padding: 5px; background-color: #004a99; color: white; text-align: center;">           Votre mutuelle <b>303,40 €</b> </div> <div style="border: 1px solid #004a99; padding: 5px; background-color: #c0c0e0; text-align: center;">           Sécurité sociale <b>66,60 €</b> </div>	0 €
<div style="display: flex; align-items: center;">  <div style="margin-left: 20px;"> <p>Depuis le 01/01/2021</p> </div> </div>			
<h3>Aide auditive 100 % Santé</h3> <ul style="list-style-type: none"> <li>Exemple pris pour un assuré* &gt; à 20 ans</li> </ul>	950 €	 <div style="border: 1px solid #004a99; padding: 5px; background-color: #004a99; color: white; text-align: center;">           Votre mutuelle <b>710 €</b> </div> <div style="border: 1px solid #004a99; padding: 5px; background-color: #c0c0e0; text-align: center;">           Sécurité sociale <b>240 €</b> </div>	0 €

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

Les garanties sont accordées dans les conditions et limites de la formule Soins et du niveau d'Équipements choisis. 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

### Hospitalisation

#### 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.

- Les analyses et examens de laboratoire
- La radiologie (y compris les produits pour examens)
- Les honoraires paramédicaux\*, 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\*

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

- **La chambre particulière**

Dans la limite de 90 jours par année civile et par assuré\*. Cette garantie est mise en jeu lorsque l'assuré\* passe au moins une nuit dans l'établissement hospitalier.

- **La chambre accompagnant**

Dans la limite de 90 jours par année civile et par assuré\*. Cette garantie est mise en jeu lorsque l'assuré\* passe au moins une nuit dans l'établissement hospitalier.

- **Les soins et prestations\* liés à une hospitalisation prise en charge au titre de l'Hospitalisation A Domicile (HAD)**

Le remboursement de l'ensemble de ces prestations\* est soumis à la prise en charge de l'hospitalisation par le Régime obligatoire\*.

#### 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

#### SONT GARANTIS :

- **Les honoraires médicaux : honoraires de consultation, de téléconsultation, de visites et les soins prodigués par des médecins généralistes (ou spécialistes en médecine générale) et spécialistes, 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.

- Les médicaments remboursés par le Régime obligatoire\*
- 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 de psychologue remboursés par le Régime obligatoire



**Dispositif MonPsy** : toute personne (dès 3 ans) peut bénéficier d'un accompagnement par un psychologue conventionné avec l'Assurance Maladie, jusqu'à 8 séances par année civile.

- Les honoraires paramédicaux\* : 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

Le remboursement mentionné est limité à 3 séances par année civile pour l'ensemble des spécialités mentionnées.

- Les frais de transport hors hospitalisation



### Les dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée\* (OPTAM/OPTAM-CO)

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 Garantie Santé étant responsable.

#### Comment connaître les médecins signataires ?

La liste des médecins signataires est disponible sur le site de l'assurance maladie : [www.ameli-direct.fr](http://www.ameli-direct.fr).

## Prévention

### SONT GARANTIS :

- Les actes de prévention ainsi que les vaccins remboursés par le Régime obligatoire\*
- Les objets contraceptifs inscrits à la LPP\* et remboursés par le Régime obligatoire\*
- Le vaccin antigrippal non remboursé par le Régime obligatoire\*
- Forfait "Intimité et vie du couple"

Contraception non remboursée par le Régime obligatoire\*, tests de grossesse et d'ovulation, traitements pour les troubles de la sexualité vendus en pharmacie et parapharmacie.

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

- Forfait "Activité physique adaptée et prévention des risques cardio-vasculaires"

Produits de sevrage tabagique vendus en pharmacie et parapharmacie, tensiomètre, participation à des ateliers d'activité physique adaptés\*.

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

## Dentaire

### SONT GARANTIS :

- Les soins dentaires (actes et soins dentaires)
- Les soins d'obturation Inlay, Onlay, Overlay

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

## LES GARANTIES DES NIVEAUX D'ÉQUIPEMENTS



### QU'EST-CE QUE LE "100 % SANTÉ" ?

Le dispositif dit "100 % Santé" a pour objectif de proposer un ensemble de **prestations\* d'optique, d'aides auditives et de prothèses dentaires, remboursées intégralement** par le Régime obligatoire\* et les organismes de complémentaire santé proposant une offre répondant au cahier des charges du contrat responsable.

Ce panier de prestations\* est fixé par la réglementation et a été défini par les professionnels de santé concernés (l'État, l'Assurance Maladie, les complémentaires santé et les fabricants des dispositifs) pour proposer un large choix de produits de qualité et répondre aux attentes des assurés\*.

Les assurés\* sont libres de choisir entre les prestations\* proposées par l'offre 100 % Santé et les autres prestations\*.

Pour les prestations\* appartenant à l'offre 100 % Santé, la dépense de l'assuré\* lui sera intégralement remboursée. **Grâce à son contrat, il n'aura donc aucun reste à charge.** Le contenu de l'offre 100 % Santé est détaillé ci-après de manière non exhaustive.

**Les prestations\* en dehors de l'offre 100 % Santé restent prises en charge au titre du contrat et conformément au tableau des garanties.**

## Dentaire

**Depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2020**, 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 prothèses 100 % Santé



Conformément à la réglementation, la catégorie des actes prothétiques 100 % Santé propose, **depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2020**, un large choix de prothèses fixes ou mobiles :

- couronnes céramiques monolithiques (autre que zircones) et céramo-métalliques sur les dents visibles (incisives, canines et 1<sup>re</sup> prémolaire) ;
- couronnes céramiques monolithiques zircones (incisives, canines et prémolaires) ;
- 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.

La catégorie des actes prothétiques 100 % Santé est en vigueur :

- depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2020 pour les couronnes, Inlay-core et les bridges listés ci-dessus,
- et depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2021 pour les prothèses amovibles concernées.

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 réglementairement et déduction faite de la part prise en charge par le Régime obligatoire\*.

### • Les autres prothèses remboursées par le Régime obligatoire\*

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

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

**Depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2020**, cette catégorie concerne les actes prothétiques à tarifs maîtrisés et les actes prothétiques à tarifs libres, détaillés succinctement ci-avant.

### • Orthodontie remboursée par le Régime obligatoire\*

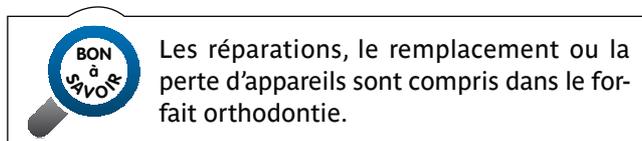
Le remboursement de l'orthodontie est soumis à sa prise en charge par le Régime obligatoire\*. Ces traitements sont généralement pris en charge par le Régime obligatoire\* s'ils sont commencés avant l'âge de 16 ans, sauf cas exceptionnels.

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'équipement souscrit.



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

## PLAFOND GLOBAL ANNUEL

Pour les "autres prothèses remboursées par le Régime obligatoire\*" et "l'orthodontie", un plafond global annuel s'applique.

Pour les niveaux d'Équipements 1 à 4, les remboursements sont limités à un plafond global annuel durant les 24 premiers mois d'affiliation de l'assuré\*. Au-delà de ce plafond, seul le ticket modérateur\* sera remboursé.

Ce plafond s'applique également en cas d'augmentation de votre niveau d'Équipements: nous appliquerons alors le plafond global 2<sup>e</sup> année de la nouvelle formule de garanties durant les 12 mois qui suivent la prise d'effet de cette nouvelle formule.

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

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\*

Le forfait garanti est annuel (par année civile).



## Optique

Depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2020, 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, depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2020, 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 (indice de réfraction différent ou type 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\*

Depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2020, cette catégorie concerne les équipements de classe B :

- la monture (adulte ou enfant),
- les verres (simples, complexes ou hyper complexes).



Les équipements optiques "enfant" sont réservés aux assurés\* de moins de 16 ans.

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 et hyper 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.

#### ● Les lentilles de contact

Le forfait garanti est annuel (par année civile).

#### ● La chirurgie réfractive de l'œil

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

#### ● Les appareils basse-vision

Cette garantie est accordée pour les aides visuelles pour les personnes dont l'acuité visuelle avec correction est inférieure à 4/10<sup>e</sup>. La prise en charge s'effectue en complément du Régime obligatoire\* et/ou des aides publiques éventuelles.

### 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'équipement est limité à 1 tous les ans.

Depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2020, 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

Depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2021, 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, depuis le 1<sup>er</sup> 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 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\*

- les appareils acoustiques

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

Depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2021, cette catégorie concerne les aides auditives de classe II, détaillés succinctement ci-avant.

### ● L'entretien, les piles et accessoires

Le forfait garanti est annuel (par année civile).

## LIMITE DE GARANTIE DES AIDES AUDITIVES

Depuis le 1<sup>er</sup> 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\*.

## Appareillage

## SONT GARANTIS :

### ● Le matériel médical : les aides techniques et produits inscrits à la LPP\*

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

### ● Les véhicules pour handicapés physiques (inscrits au titre IV de la LPP\*)

Le forfait garanti est annuel (par année civile).

**Attention** - Les objets contraceptifs, les appareils basse vision et les audioprothèses relèvent respectivement des paragraphes "Prévention", "Optique" et "Aides auditives" ci-dessus et ne sont donc pas pris en charge au titre de ces garanties.

## Cures thermales

## SONT GARANTIS :

### ● Les honoraires de cures thermales

### ● Le transport et l'hébergement

### ● Le forfait thermal pour soins

Le remboursement de l'ensemble de ces prestations\* est soumis au remboursement des honoraires de médecine thermique 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.

### Bonus fidélité

Les garanties suivies de ce symbole  donnent lieu à l'application du bonus fidélité.

Chaque année, à la date anniversaire de votre adhésion, les forfaits :

- couronne dentaire ;
- bridge ;
- appareil dentaire amovible ;
- verres simples/complexes/hyper complexes (adulte et enfant) ;

sont augmentés, pour l'ensemble des assurés\*, de 10 % par rapport au forfait initial indiqué dans le tableau de garantie, **dans la limite de 30 %**.

En cas de changement de formule de garanties, l'assuré\* conserve le pourcentage de bonus fidélité acquis.

**Ce bonus fidélité ne s'applique pas au niveau d'Équipements 0.**

Exemple : forfait Verre simple adulte "Équipements"2

Année d'adhésion	Montant du forfait
Durant les 12 <sup>es</sup> mois d'adhésion	50 €
À partir du 13 <sup>e</sup> mois d'adhésion	55 €
À partir du 25 <sup>e</sup> mois d'adhésion	60 €
À partir du 37 <sup>e</sup> mois d'adhésion	65 €

+30 %

## TERRITORIALITÉ

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, **dans la limite du ticket modérateur\***, sous réserve qu'ils soient pris en charge par le Régime obligatoire\*.

Les remboursements sont effectués en France et en euros.

## LIMITES ET EXCLUSIONS DE GARANTIE

### Exclusions communes à toutes les garanties

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\*.

### Limites de remboursement

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

Si vous êtes assuré auprès de plusieurs organismes complémentaires, vous pouvez être remboursé par l'organisme de votre choix. **Les garanties de même nature contractées auprès de plusieurs organismes produisent leurs effets dans la limite de chaque garantie quelle que soit sa date de souscription.**

**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.**

## COMMENT VOUS INFORMER AVANT VOS SOINS



Afin d'estimer vos dépenses de santé, vous pouvez consulter notre **simulateur de remboursements** sur le site [www.macif.fr](http://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](http://www.macif.fr)

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](http://www.macif.fr).

## COMMENT BÉNÉFICIER DU TIERS PAYANT\* ?

Il est remis à chaque adhérent\* une ou plusieurs carte(s) mutualiste(s) portant mention de ses éventuels ayants droit et des actes ou prestations\* pouvant se voir appliquer le tiers payant\*. 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.

Cette ou ces carte(s) reste(nt) la propriété de la mutuelle.

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, auxiliaires médicaux\*, 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, optique ou en cas d'hospitalisation, l'assuré\* doit effectuer une demande de prise en charge à la mutuelle, avant d'effectuer les soins.

## QUELS DOCUMENTS ENVOYER POUR OBTENIR SES REMBOURSEMENTS ?

Une fois les soins réalisés, l'assuré\* doit nous adresser les 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 lorsque les frais sont supérieurs au tarif retenu par la Sécurité sociale pour le calcul de sa prestation ;
- 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 y afférant.

### 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 prestations “Homéopathie non remboursée par le Régime obligatoire\*”, “Ostéopathe / Acupuncteur / Diététicien / Chiropracteur / Podologue / Pédiacre / Psychologue / Etiopathe”, ainsi que les “Forfaits Prévention / Bien-être”:**

- l’original de la facture détaillée et acquittée.

En cas de soins effectués à l’étranger, nous pouvons vous 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 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 ci-dessus 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 se refuse à un contrôle médical les prestations\* seront 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 à l’intéressé par lettre recommandée avec accusé de réception. Les sommes indûment versées à l’assuré\* 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) garantie(s) concernée(s).**

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

## COMPRENDRE VOS REMBOURSEMENTS

**Qu’est-ce que la base de remboursement (BR)\* de la Sécurité sociale ?**

La base de remboursement\* est le tarif servant de référence à l’assurance maladie pour déterminer le montant du remboursement. L’assurance maladie ne rembourse qu’une partie de cette base de remboursement\* qui peut varier selon la nature des soins.

**Comment sont exprimés les remboursements de votre mutuelle ?**

Nous nous engageons à respecter les bonnes pratiques définies par l’Union nationale des organismes d’assurance maladie complémentaire (UNOCAM) afin d’améliorer la lisibilité des garanties santé. Ainsi, 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 schéma en exemple page suivante).



**Une prise en charge à 100 % de la BR ne signifie pas que vos dépenses de santé seront intégralement remboursées.**

Cela signifie que la base de remboursement\* (BR) de la Sécurité sociale\* 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'honoraires\* ou pour les frais optiques ou dentaires), des frais resteront éventuellement à votre charge selon la formule souscrite, sauf si la prestation entre dans le cadre de l'offre 100 % Santé.

### Participation forfaitaire\* de 1 euro et franchise médicale: de quoi s'agit-il ?

Le législateur a instauré une participation forfaitaire de 1 € sur toutes les consultations ou actes réalisés par un médecin, ainsi que sur les examens radiologiques et les analyses de biologie médicale.

La franchise médicale, quant à elle, est une somme qui est déduite des remboursements de l'assurance maladie sur les médicaments, les actes paramédicaux et les transports sanitaires. Elle est plafonnée à 50 € par an.

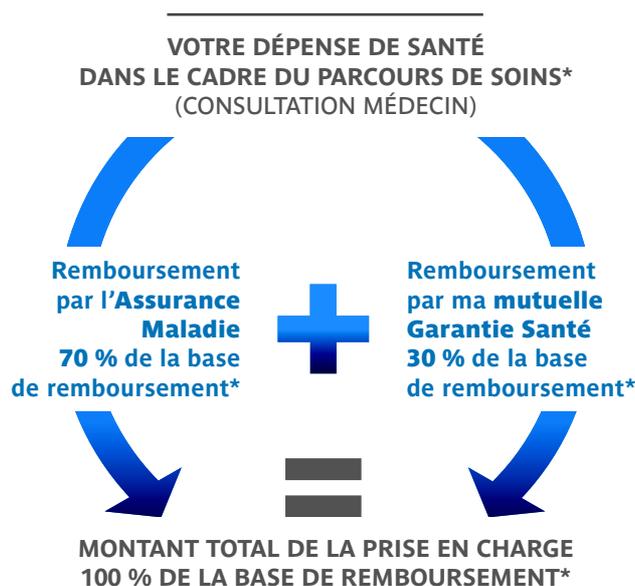
**Les contrats de complémentaire santé responsables, tels que Garantie Santé, ne peuvent pas couvrir la participation forfaitaire\* ainsi que la franchise médicale qui restent donc à votre charge.**

### Comment suis-je remboursé si je ne respecte pas le parcours de soins\*?

Si vous ne respectez pas le parcours de soins\*, vous serez moins bien remboursé par le Régime obligatoire\*.

**Les contrats de complémentaire santé responsables, tels que Garantie Santé, ne peuvent pas compenser cette diminution de remboursement.**

**De plus, si le médecin consulté hors parcours de soins\* pratique des dépassements d'honoraires\*, le contrat Garantie Santé ne peut pas les prendre pas en charge.**



# 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 1<sup>er</sup> 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 souhaitez revenir sur votre décision et renoncer à votre adhésion, vous disposez d'un délai de 30 jours calendaires à compter de la prise d'effet du contrat pour nous en informer.

Vous devez nous adresser, à l'adresse figurant sur votre demande d'adhésion, 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 Garantie 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](mailto:mutuelle@macif.fr)

Vous devrez également nous renvoyer la (les) carte(s) de tiers payant\* qui vous auront été adressée(s).

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 1<sup>er</sup> jour du mois qui suivra cette demande.

En cas d'ajout d'un nouveau-né, les garanties seront acquises dès sa naissance (ou dès sa date d'adoption), à condition d'effectuer la demande d'affiliation au contrat dans les trois mois suivant la naissance ou la date d'arrivée de l'enfant dans le foyer.

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 des garanties

L'assuré\* peut modifier ses garanties sous condition d'une ancienneté de **plus de 12 mois** dans sa formule.

S'il souhaite augmenter ses garanties, il pourra uniquement choisir la formule "Soins" immédiatement supérieure à celle dont il bénéficie au jour de la demande. Le choix du niveau d'équipements est libre au sein de la formule "Soins".

		Formules pouvant être souscrites (Au terme de 12 mois d'ancienneté dans la formule souscrite)			
		Économique 0, 1 ou 2	Équilibrée 1, 2 ou 3	Protectrice 2, 3 ou 4	Excellence 3 ou 4
Formules détenues au jour de la demande	Économique 0, 1 ou 2	✓	✓	✗	✗
	Équilibrée 1, 2 ou 3	✓	✓	✓	✗
	Protectrice 2, 3 ou 4	✓	✓	✓	✓
	Excellence 3 ou 4	✓	✓	✓	✓

Le changement de formule prendra effet au 1<sup>er</sup> jour du mois suivant la date de cette demande.

## 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 courrier postal à l'adresse figurant sur votre carte de tiers payant\* ;
- par courrier électronique à l'adresse suivante : [mutuelle@macif.fr](mailto:mutuelle@macif.fr) ;
- par déclaration en point d'accueil physique Macif ou au siège social d'Apivia Macif Mutuelle ;
- par acte extrajudiciaire ;
- via votre Espace Assurance sur le site [www.macif.fr](http://www.macif.fr) ;
- ou par téléphone au numéro figurant sur votre carte de tiers payant\*.

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

Vous devrez également nous renvoyer la (les) carte(s) 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\*** (âge calculé par différence de millésime entre l'année d'échéance de la cotisation et l'année de naissance moins une année) ;
- **votre zone de domiciliation** (adresse postale figurant dans la demande d'adhésion, 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 3<sup>e</sup> 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 en fin d'année. Le changement du montant de la cotisation vous est notifié par courrier et prend effet le 1<sup>er</sup> janvier de l'année suivante.

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.

## RÉCLAMATIONS

### Pour les garanties santé et les services de notre réseau de soins partenaire

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

Si la réponse apportée ne vous satisfait pas, adressez alors votre réclamation écrite au Service Qualité dont les coordonnées figurent sur votre carte de tiers payant\*.

## Pour les garanties d'assistance

En cas de désaccord sur la mise en œuvre des garanties, vous pouvez contacter le Service Consommateur d'IMA Assurances :

- **par courrier :**  
IMA Assurances - Service Consommateur  
118 avenue de Paris  
79000 Niort
- **par courriel depuis le site :**  
[www.ima.eu](http://www.ima.eu)  
> Espace Particuliers

Si après examen de la réclamation, le désaccord persiste vous devez saisir le service Qualité de la mutuelle à l'adresse du centre de gestion figurant sur votre carte de tiers payant\*.

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

## MÉDIATION EXTERNE

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

- **par courrier :**  
La Médiation de l'Assurance  
TSA 50110  
75441 Paris cedex 09
- **via son site Internet :**  
[www.mediation-assurance.org](http://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 vous avez souscrit le contrat par Internet, vous pouvez 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'évènement 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.**

## 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 NON SALARIÉ

Les garanties du contrat Garantie 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 Garantie 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.

## PROTECTION DES DONNÉES PERSONNELLES

Les données recueillies feront l'objet de traitements par Apivia Macif Mutuelle, responsable de traitements, pour la passation, la gestion, l'exécution des contrats d'assurance. Elles seront aussi traitées pour la lutte contre le blanchiment d'argent et le financement du terrorisme. Vos données feront l'objet d'un traitement de lutte contre la fraude, ce qui peut conduire à une inscription sur une liste de personnes présentant un risque de fraude.

Vos données pourront également être traitées dans le cadre des activités de prospection et gestion commerciales d'Apivia Macif Mutuelle et des entités de son groupe (Aéma Groupe). Vous disposez de droits d'accès, de rectification, d'effacement, de limitation, d'opposition, le cas échéant de portabilité et de définir des directives relatives à la conservation, à l'effacement et à la communication de vos données à caractère personnel après votre décès. Le cas échéant, vous pouvez retirer votre consentement aux traitements des données ce qui aura pour effet de les faire cesser.

Nous vous informons également que tout consommateur peut s'inscrire sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique sur le site [www.bloctel.gouv.fr](http://www.bloctel.gouv.fr).

Vous pouvez vous opposer à la prospection commerciale, exercer vos autres droits et adresser toute demande d'information concernant vos données personnelles sur le site <https://www.macif.fr/assurance/particuliers/donnees-personnelles> depuis le formulaire d'exercice des droits ou par voie postale à MACIF, Direction Générale - Protection des Données Personnelles, 1 rue Jacques Vandier, 79000 Niort ou directement auprès du distributeur de votre contrat.

Vous avez également le droit d'introduire une réclamation auprès de la CNIL ([www.cnil.fr](http://www.cnil.fr)).

Toutes les précisions sur la protection de vos données et notamment les destinataires sont accessibles dans la rubrique données personnelles sur notre site : <https://www.macif.fr/assurance/particuliers/donnees-personnelles>.

# VOS GARANTIES D'ASSISTANCE

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



En cas d'hospitalisation, vous pouvez bénéficier de l'intervention d'un interprète en langue des signes pour faciliter vos échanges avec les professionnels de santé le jour de l'intervention. **Dans la limite d'une intervention d'une durée maximum de 8 heures.**

## CHIRURGIE AMBULATOIRE

Les garanties décrites ci-dessous sont mises en œuvre **en cas de chirurgie ambulatoire d'un assuré\*, ou d'intervention chirurgicale comprenant une nuit, faisant suite à un accident ou une maladie et entraînant une immobilisation à domicile\* d'au moins une journée.**

### 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 **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 8h à 20h ;
- **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 10 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\*.

#### La téléassistance

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

### POUR SES PROCHE\*

#### La prise en charge des enfants et petits-enfants (vivant au domicile\* et âgés de moins de 16 ans)

**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 ou petits-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 ou petits-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 garde des chats et chiens

- Garde des chats et/ou chiens au domicile\* de l'adhérent\* : visite d'un garde animalier et promenade des animaux **dans la limite de 10 interventions** réparties sur une période maximale de 10 jours ;
- **OU** garde des chats et/ou chiens au domicile d'un garde animalier **sur une période maximale de 10 jours.**

## 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 7 jours qui la précèdent. **En cas d'hospitalisation programmée, le nombre d'intervention est limité à deux par bénéficiaire et par année civile.**

Hospitalisation programmée ou non de plus de 2 jours ou immobilisation à domicile\* supérieure à 5 jours de l'adhérent\* ou de son conjoint\*

### 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.**

#### 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 8h à 20h ;
- **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 30 heures**, réparties sur une période maximale d'un mois.

#### 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 d'un mois.

#### La préparation du retour au domicile\*

**En cas d'hospitalisation de plus de 14 jours**, mise à disposition, dans les 48h 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\*

### La prise en charge des enfants et petits-enfants (vivant au domicile\* et âgés de moins de 16 ans)

#### 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 ou petits-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 ou petits-enfants chez un intervenant spécialisé ou au domicile\* **dans la limite de 30 heures réparties sur une période maximale d'un mois.**

### La conduite des enfants et petits-enfants (vivant au domicile\* et âgés de moins de 16 ans) 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.

### 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.

### 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 d'un mois.

### La garde des chats et chiens

- Garde des chats et/ou chiens au domicile\* de l'adhérent\* : visite d'un garde animalier et promenade des animaux **dans la limite de 30 interventions** réparties sur une période maximale de 30 jours ;
- **OU** garde des chats et/ou chiens au domicile d'un garde animalier **sur une période maximale de 30 jours.**

Hospitalisation non programmée (sans condition de durée) ou hospitalisation programmée de plus de 2 jours d'un enfant âgé de moins de 16 ans

### La garde des enfants ou petits-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 ou petits-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 ou petits-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\*

**En cas d'hospitalisation ou d'immobilisation d'au moins deux semaines** : soutien pédagogique dans l'année scolaire en cours (pour les enfants du primaire au secondaire) 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 d'un mois.

## NAISSANCE OU ADOPTION

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 15 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 2 heures** réparties sur une période maximale de 15 jours à compter du retour au domicile\*.

### Informations naissance

Conseils téléphoniques dispensés par les médecins d'IMA Assurances sur des sujets relatifs aux nouveau-nés tels que l'alimentation et la prévention.

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 d'un mois.

### Prise en charge de vos enfants et petits-enfants (vivant au domicile\* et âgés de moins de 16 ans)

**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 ou petits-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 d'un mois.

## PATHOLOGIES LOURDES

Ces garanties sont mises en jeu en cas de :

- déclaration d'une pathologie nécessitant un traitement par chimiothérapie, radiothérapie, trithérapie, quadrithérapie ou curiethérapie ;
- déclaration d'une pathologie lourde entraînant une hospitalisation de plus de 5 jours consécutifs ;
- aggravation d'une pathologie lourde entraînant une hospitalisation de plus de 10 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 ;
- polyopathologies.

### Enveloppe de services pour les assurés\* adultes

L'assuré\* adulte malade bénéficie d'une **enveloppe de 100 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**) ;
- 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 rendez-vous 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 à domicile : 1 heure = 1 unité
- présence d'un proche\* : 1 A/R + hébergement = 10 unités
- livraison de médicaments : 1 livraison = 2 unités
- transport aux RDV médicaux : 1 transport A/R = 4 unités
- portage de repas : 1 livraison = 1 unité
- livraison de courses : 1 livraison = 4 unités
- coiffure à domicile\* : 1 déplacement = 1 unité
- entretien jardin : 1 heure = 1 unité
- garde d'enfants : 1 heure = 2 unités
- conduite à l'école ou aux activités extrascolaires : 1 trajet A/R = 2 unités

### Enveloppe de services pour les assurés\* enfants

L'assuré\* enfant malade bénéficie d'une **enveloppe de 100 unités de services** qu'il peut utiliser sur une période maximale de 12 mois.

**Les services pouvant être mis en œuvre sont les suivants :**

- garde d'enfant malade ;
- présence d'un proche\* au chevet de l'enfant malade (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**) ;
- 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\*).

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

- garde d'enfants : 1 heure = 2 unités
- présence d'un proche\* au chevet : 1A/R + hébergement = 10 unités
- transport aux RDV médicaux : 1 transport A/R = 4 unités
- portage de repas : 1 livraison = 1 unité
- livraison de courses : 1 livraison = 4 unités
- coiffure à domicile\* : 1 déplacement = 1 unité

### 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, pensées particulièrement pour les Travailleurs non salariés (TNS), visent à faciliter le retour à l'emploi de l'adhérent\* ou de son conjoint\* après un accident ou une maladie, ou à accompagner leur 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 rendant impossible l'exercice de l'activité professionnelle.

#### POUR VOUS

#### Entretien téléphonique avec un travailleur social et/ou un ergothérapeute 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'assuré\* ne pouvant plus exercer son activité professionnelle.

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

#### 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\*

#### 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 5 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 de 6 entretiens téléphoniques 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.

#### Conseils médicaux (24h/24)

#### Informations juridiques

Ciblées sur les thématiques santé et famille (du lundi au samedi de 9h à 19h, 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 9h à 19h, hors jours fériés).

## AIDANTS & AIDÉS

### Accompagnement administratif et social

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

#### 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 (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 8h30 à 17h.**

#### Assistance psychologique

Organisation et prise en charge, selon la situation :

- de 1 à 5 entretiens téléphoniques avec un psychologue clinicien ;
- et si nécessaire, de 1 à 3 entretiens en face à face avec un psychologue clinicien.

L'assistance psychologique peut être exécutée au profit de l'aidant\* ou de l'aidé\*.

### Indisponibilité de l'aidant\*

**En cas d'hospitalisation imprévue 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\*, du lundi au vendredi, de 8h à 20h ;
- **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'aidé\*) **dans la limite de 30 heures**, réparties sur une période maximale d'un mois 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 €.**

#### 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...

### 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\*** :

#### 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.

## OBSÈQUES

### Décès de l'adhérent\* ou de son conjoint\*

#### Aide à l'organisation des obsèques

Sur demande des proches\*, aide à l'organisation des obsèques (en liaison avec les prestataires funéraires). Les proches\* peuvent également bénéficier d'une avance de frais remboursable dans un délai de 30 jours.

#### 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 8h à 20h ;
- **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 30 heures**, réparties sur une période maximale d'un mois.

#### Prise en charge des ascendants vivant au domicile\* de l'adhérent\* ou de son conjoint\*

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

**Si aucune de ces solutions ne convient**, organisation et prise en charge de la garde à domicile\* **dans la limite de 30 heures** réparties sur une période maximale d'un mois.

#### Prise en charge des enfants (vivant au domicile\* et âgés de moins de 16 ans)

**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 ou petits-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 d'un mois.

#### Conduite à l'école des enfants et petits-enfants (vivant au domicile\* et âgés de moins de 16 ans) de l'adhérent\* ou de son conjoint\*

Lorsqu'aucun proche\* ne peut se rendre disponible, conduite à l'école par un prestataire 1 fois par jour **dans la limite de 5 jours** répartis sur une période maximale d'un mois.

#### Conduite des enfants (vivant au domicile\* et âgés de moins de 16 ans) de l'adhérent\* ou de son conjoint\* aux activités extrascolaires

Lorsqu'aucun proche\* ne peut se rendre disponible, conduite aux activités extrascolaires par un prestataire 1 fois par semaine pour chaque enfant sur une période maximale d'un mois.

#### La garde des chats et chiens

- Garde des chats et/ou chiens au domicile\* de l'adhérent\* : visite d'un garde animalier et promenade des animaux **dans la limite de 30 interventions** réparties sur une période maximale de 30 jours ;
- **OU** garde des chats et/ou chiens au domicile d'un garde animalier **sur une période maximale de 30 jours**.

#### Mise en relation avec une entreprise de déménagement

Le prix du déménagement reste à la charge des proches\*.

#### Nettoyage du logement

Organisation et prise en charge du nettoyage du logement du défunt **dans la limite de 500 €**, à demander dans un délai d'un mois à compter du décès.

## 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 24h/24 au numéro communiqué par la mutuelle.

**Sauf cas de force majeure, l'assuré\* dispose d'un délai de 7 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" et "Aide au retour à l'emploi". 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, gériatologiques 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.**

## 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'aident : l'adhérent ou son conjoint.

### AIDÉ

Proche de l'aident 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.

### ASSURÉ

Personne physique nommément désignée au contrat sur qui reposent les garanties.

### ATELIERS D'ACTIVITÉS PHYSIQUES ADAPTÉS

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

Assiette servant au calcul des prestations en nature de l'assurance maladie de la Sécurité sociale. Selon le type d'acte et la nomenclature auxquels elle se rattache, cette base de remboursement peut être constituée du :

- **Tarif d'autorité**  
Tarif utilisé par la Sécurité sociale comme base de remboursement lorsque le professionnel de santé consulté n'est pas conventionné. Ce tarif est très inférieur au tarif de convention.
- **Tarif de convention**  
Tarif utilisé par la Sécurité sociale comme base de remboursement des soins et honoraires des professionnels de santé conventionnés.
- **Tarif de responsabilité**  
Base de remboursement de la Sécurité sociale pour les produits pharmaceutiques, les fournitures et les appareillages.
- **Tarif forfaitaire de responsabilité**  
Base de remboursement de la Sécurité sociale pour l'original d'un médicament ainsi que pour les médicaments génériques qui y sont rattachés.

## C

### 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.

## D

### DÉPASSEMENT D'HONORAIRES

Différence entre le montant des honoraires du professionnel de santé et la base de remboursement de la Sécurité sociale.

### DISPOSITIFS DE PRATIQUE TARIFAIRE MAÎTRISÉE

Il s'agit de dispositifs, appelés Option de Pratique Tarifaire Maîtrisée (OPTAM) et Option de Pratique Tarifaire Maîtrisée Chirurgie et Obstétrique (OPTAM-CO), 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. Le cahier des charges du contrat responsable impose une meilleure prise en charge des actes et consultations facturés par les médecins adhérents à l'un de 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

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

Montant forfaitaire restant à la charge de l'assuré en cas d'hospitalisation. Il correspond aux "frais d'hébergement et d'entretien" entraînés par l'hospitalisation.

### 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.

### FRANCHISE ANNUELLE

Somme laissée à la charge de l'assuré et qui s'applique sur les médicaments, les actes paramédicaux et les transports sanitaires.

## H

### 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 AMBULATOIRE

Hospitalisation dans un établissement de santé pour une durée inférieure ou égale à douze heures sans hébergement. L'assuré quitte l'établissement le jour même de son admission.

## 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

### NOMENCLATURE

Notion désignant l'ensemble des référentiels codifiant les actes médicaux reconnus par la Sécurité sociale et fixant leur base de remboursement par le Régime obligatoire.

## 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

Somme qui reste à la charge de l'assuré et qui concerne les actes et consultations médicaux réalisés par un médecin en ville, dans un établissement ou un centre de santé (hors hospitalisation) et les actes de biologie médicale et de radiologie.

### PRESCRIPTION

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

### PRESTATIONS

Versement des sommes ou mise en place de services garantis à l'assuré.

### 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.

## T

### TICKET MODÉRATEUR

Dans le parcours de soins, différence entre la base de remboursement de la Sécurité sociale et le montant remboursé par la Sécurité sociale. La participation forfaitaire n'entre pas en compte dans le calcul de cette différence. L'application par le Régime obligatoire de la majoration de la participation de l'assuré, lorsque l'acte est réalisé hors parcours de soins, n'affecte pas le calcul et la valeur du Ticket modérateur.

### TIERS PAYANT

Sur présentation de sa carte de tiers payant, l'assuré peut bénéficier d'une dispense d'avance de tout ou partie de ses frais de santé. Le professionnel de santé ou l'établissement de soins est directement remboursé par la mutuelle.

## La Macif toujours à vos côtés

- En **point d'accueil** ou par **téléphone**
- Sur **macif.fr** ou sur **l'application mobile**  
en vous connectant à votre espace personnel



Si vous imprimez ce document, pensez à le trier !

