

PRÉAMBULE

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

OBJET DE LA GARANTIE

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

CONDITIONS D'ADHÉSION

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

L'adhésion est possible sans limite d'âge et n'est soumise à aucun questionnaire médical. Cependant, au-delà de 70 ans, l'adhésion

est conditionnée, pour tout nouvel adhérent et ses ayants droit, à la production d'un justificatif d'une couverture complémentaire précédente, sans interruption de garanties au moment de la souscription.

L'adhérent au contrat, qui adhère également à la mutuelle, désigne les assurés inscrits au contrat. Les membres de votre famille bénéficient de la même formule de garanties.

Les personnes pouvant être désignées comme assuré au contrat sont :	Qualité
<ul style="list-style-type: none"> Le conjoint de l'adhérent qu'il exerce ou non une activité professionnelle Les ascendants vivant sous le toit de l'adhérent 	ADULTE
<ul style="list-style-type: none"> Les enfants de moins de 20 ans Les enfants âgés de 20 à 26 ans qui poursuivent des études 	ENFANT

Sont assimilés au conjoint, le concubin ou le partenaire lié par un pacte civil de solidarité. Le conjoint ou la personne assimilée doit vivre en couple avec l'adhérent, sous le même toit, de façon constante c'est-à-dire sans être séparé de corps ou de fait.

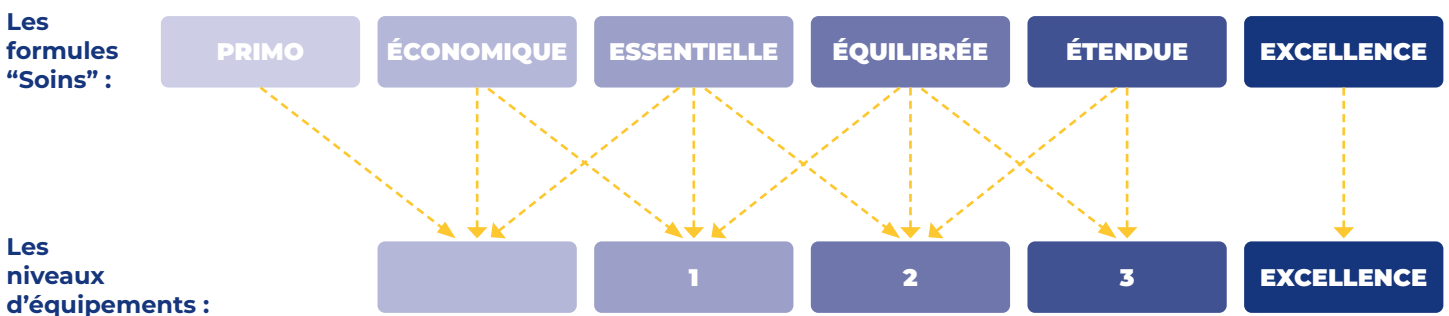
Le nombre d'assurés adultes est limité à trois, par adhésion.

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

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

FONCTIONNEMENT DU CONTRAT

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



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

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

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

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

GARANTIES

Le niveau de garanties varie en fonction de la formule choisie par l'adhérent. La formule de garantie souscrite est précisée dans la Demande d'assurance.

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

FORMULES "SOINS"

Hospitalisation

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

Cette garantie couvre :

- les honoraires (médicaux et chirurgicaux) ;
- la radiologie (y compris les produits pour examens) ;
- les honoraires paramédicaux, à savoir les honoraires des infirmiers(ères), masseurs-kinésithérapeutes, orthophonistes, orthoptistes, pédicures-podologues, sages femme, remboursés par le Régime obligatoire ;
- les analyses et examens de laboratoire ;
- la participation forfaitaire sur les actes techniques égaux ou supérieurs à 120 € ;
- le forfait patient urgences ;
- les frais de transport, les frais de séjour ;
- le forfait journalier hospitalier (**sous réserve d'une hospitalisation d'au moins une nuit**) ;
- la chambre particulière et la chambre accompagnant, avec nuitée, (**sauf dans le cadre de la formule "Soins" PRIMO et ÉCONOMIQUE**).

LIMITE DES GARANTIES CHAMBRE PARTICULIÈRE ET CHAMBRE ACCOMPAGNANT

Les prestations prévues au titre de la chambre particulière et la chambre accompagnant en Médecine, Chirurgie, Obstétrique et Maternité sont illimitées. Pour une hospitalisation en soins de suite, réadaptation et psychiatrie, le forfait prévu est versé dans la limite globale de 60 nuits par année civile et par assuré.

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

- la chambre particulière ambulatoire (**sauf dans le cadre de la formule "Soins" PRIMO et ÉCONOMIQUE**) ;
- les honoraires chirurgicaux, médicaux, paramédicaux, radiologie, analyses et examens de laboratoire en cas d'hospitalisation à l'étranger pris en charge par le Régime obligatoire ;
- les soins et prestations liés à une hospitalisation, pris en charge au titre de l'Hospitalisation A Domicile (HAD).

CE QUI EST EXCLU EN HOSPITALISATION

Ne sont pas pris en charge par la mutuelle :

- **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, 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 après la prise d'effet du contrat, une prime naissance est versée, sous réserve que l'enfant soit désigné comme assuré au titre du contrat dans les trois mois suivant sa naissance ou son adoption. Une seule prime naissance est versée par enfant.

Soins courants

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

Cette garantie couvre :

- les honoraires médicaux (honoraires de consultation d'un médecin généraliste ou d'un spécialiste, remboursés par le Régime obligatoire) ;
- la radiologie (y compris les produits pour examens) ;
- les honoraires de psychologie, remboursés par le Régime obligatoire ;
- les honoraires paramédicaux, à savoir les honoraires des infirmiers(ères), masseurs-kinésithérapeutes, orthophonistes, orthoptistes, pédicures-podologues, sages femme, remboursés par le Régime obligatoire ;
- les analyses et examens de laboratoire ;
- les médicaments et honoraires de dispensation remboursés par le Régime obligatoire ;
- les frais de transport hors hospitalisation ;
- les honoraires médicaux, paramédicaux, radiologie, analyses et examens de laboratoire en cas de soins courants à l'étranger pris en charge par le Régime obligatoire.

Prévention

Cette garantie couvre :

- **les séances Mieux-être (sauf dans le cadre de la formule "Soins" PRIMO et ÉCONOMIQUE) :** les séances réalisées par les praticiens diplômés suivants : ostéopathe, acupuncteur, diététicien, chiropracteur, pédicure, podologue, psychologue (séance non remboursée par la Sécurité sociale), sophrologue et hypnothérapeute, ainsi que la participation à des ateliers d'activité physique adaptée (au sens de l'article L.1172-1 du Code de la santé publique).
 - **la pharmacie non remboursée par le Régime obligatoire, à savoir :** la contraception non remboursée par le Régime obligatoire, les tests de grossesse et d'ovulation, les autotests VIH, les vaccins prescrits et non remboursés par le Régime obligatoire (dont le vaccin antigrippal), le matériel de surveillance de l'hypertension artérielle, l'homéopathie ainsi que les médicaments prescrits ou référencés ANSM (Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé), non remboursés par le Régime obligatoire*.
- Pour les formules de soins PRIMO et ÉCONOMIQUE, la garantie est limitée au vaccin antigrippal, à la contraception et à l'autotest VIH.**

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

NIVEAUX D'ÉQUIPEMENTS

Dentaire

Cette garantie couvre :

- **Les actes et soins dentaires**
- **Les soins d'obturation Inlay, Onlay et Overlay**
- **Les prothèses 100 % Santé**
Conformément à la réglementation, la catégorie des actes prothétiques 100 % Santé propose un large choix de prothèses fixes ou mobiles pour lesquelles la qualité esthétique est adaptée à la localisation de la dent (aspect dents blanches pour les dents du sourire et aspect métal pour les dents du fond, par exemple).
Lorsque l'acte prothétique entre dans la catégorie 100 % Santé, cette garantie couvre l'intégralité de la dépense exposée par l'assuré, dans la limite des honoraires de facturation fixés réglementairement et déduction faite de la part prise en charge par le Régime obligatoire.
- **Les autres prothèses dentaires remboursées par le Régime obligatoire (hors prothèses 100 % Santé)**
Cette garantie couvre les couronnes dentaires, les Inlay-core, les bridges (3 à 5 dents), les appareils dentaires amovibles (1 à 3 dents), les couronnes dentaires transitoires, les dents supplémentaires ou la réparation sur bridges et appareils dentaires amovibles.
Cette catégorie concerne les actes prothétiques à tarifs maîtrisés et les actes prothétiques à tarifs libres. Pour plus de détails, se reporter à la note d'information détaillée.
- **L'orthodontie remboursée par le Régime obligatoire**
Le forfait Orthodontie est versé pour chaque semestre de traitement. En cas de facturation pour une durée de traitement plus courte (trimestre ou mois par exemple), le forfait sera proratisé en fonction de

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

- **L'orthodontie non remboursée par le Régime obligatoire (prévue pour les niveaux d'équipements 2, 3 et EXCELLENCE)**
Le forfait Orthodontie non remboursée par le Régime obligatoire est versé pour chaque semestre de traitement.
- **Les implants dentaires (prévus pour les niveaux d'équipements 2, 3 et EXCELLENCE)**
La prise en charge est valable une seule fois pour une même dent remplacée. Le forfait garanti est annuel (par année civile).
- **la parodontie non remboursée par le Régime obligatoire (prévue pour les niveaux d'équipements 2, 3 et EXCELLENCE)**
Le forfait garanti est annuel (par année civile).

PLAFOND GLOBAL ANNUEL DENTAIRE

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

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

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

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

Optique

Cette garantie couvre :

- **Les équipements 100 % Santé**
Conformément à la réglementation, la catégorie des équipements 100 % Santé (dits de classe A) propose un choix de :
 - montures respectant les normes européennes, avec un prix inférieur ou égal à 30 €. Chaque opticien aura au minimum 17 modèles différents de montures adultes et 10 modèles différents de montures enfants "100 % Santé", en 2 coloris différents ;
 - verres traitant l'ensemble des troubles visuels ;
 - amincissement des verres en fonction du trouble, durcissement des verres pour éviter les rayures, traitement anti-reflet obligatoires.Lorsque l'équipement entre dans la catégorie des équipements 100 % Santé (classe A), cette garantie couvre **l'intégralité de la dépense exposée par l'assuré à hauteur des prix limites de vente des montures et des verres (de classe A) fixés par la liste des produits et prestations (LPP), déduction faite de la part prise en charge par le Régime obligatoire.**
- **Les autres verres et montures remboursés par le Régime obligatoire (hors équipements 100 % Santé)**
Cette catégorie concerne les équipements dits de classe B. Pour plus de détails, se reporter à la note d'information détaillée. Cette garantie couvre les montures adultes et enfants ainsi que les verres (simples, complexes ou hyper complexes) remboursés par le Régime obligatoire.
- **Les autres équipements optiques**
Le contrat couvre également le remboursement des lentilles de contact, de la chirurgie réfractive de l'œil non remboursée par le Régime obligatoire (dans le cadre des niveaux d'équipements 3 et EXCELLENCE).

LIMITE DE GARANTIE DES ÉQUIPEMENTS OPTIQUE

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

Dans tous les cas, le point de départ de la période est la date de l'équipement (ou du dernier élément constituant l'équipement complet). Néanmoins, en cas de renouvellement séparé des composantes de l'équipement, le délai de renouvellement s'apprécie distinctement pour chaque élément.

Aides auditives

Cette garantie couvre :

- **Les équipements 100 % Santé**
Conformément à la réglementation, la catégorie des aides auditives 100 % Santé (dites de classe I) propose :
 - tous les types d'aides auditives : contour d'oreille classique, contour à écouteur déporté, intra-auriculaire ;
 - au moins 12 canaux de réglages (ou dispositif de qualité équivalente) pour assurer une adéquation de la correction au trouble auditif et un système permettant l'amplification des sons extérieurs restituée à hauteur d'au moins 30 dB ;
 - 4 ans de garantie ;
 - au moins 3 des options suivantes : système anti-acouphène, connectivité sans fil, réducteur de bruits de vent, synchronisation binaurale, directivité microphonique adaptatives, bande passante élargie 6 000 Hz, fonction apprentissage de sonie, système anti-réverbération.Lorsque l'équipement entre dans la catégorie des aides auditives 100 % Santé (classe I), cette garantie couvre l'intégralité de la dépense exposée par l'assuré à hauteur des prix limites de vente des aides auditives (de classe I) fixés par la LPP, déduction faite de la part prise en charge par le Régime obligatoire.
- **Les autres aides auditives remboursées par le Régime obligatoire (hors équipements 100 % Santé)**
Cette garantie couvre les autres appareils acoustiques remboursés par le Régime obligatoire.
Cette catégorie concerne les aides auditives de classe II. Pour plus de détails, se reporter à la note d'information détaillée.

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

- **L'entretien, les piles et accessoires pris en charge par le Régime obligatoire**
Le forfait garanti est annuel (par année civile).

LIMITE DE GARANTIE POUR LES "AIDES AUDITIVES"

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

Cette garantie couvre :

- **Le matériel médical : les aides techniques et produits inscrits à la LPP**
- **Les appareils basse-vision**
La prise en charge des appareils basse-vision s'effectue en complément du Régime obligatoire et/ou des aides publiques éventuelles. Le forfait garanti est annuel (par année civile).
- **Les véhicules pour handicapés physiques (inscrits au titre IV de la LPP)**
Le forfait garanti est annuel (par année civile).

Cures thermales

Cette garantie est prévue pour les formules d'équipement 1, 2, 3 et EXCELLENCE. Cette garantie couvre le remboursement des soins (honoraires) de cures thermales, le transport et l'hébergement. Le remboursement de l'ensemble de ces prestations est soumis au remboursement des honoraires de médecine 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.

GARANTIES D'ASSISTANCE

Quelle que soit la formule de garanties choisie, l'adhérent et ses proches bénéficient de garanties d'assistance en cas de chirurgie ambulatoire, d'hospitalisation ou d'immobilisation à domicile, de naissance ou d'adoption, d'une pathologie lourde. Les prestations pouvant être

mises en place sont un accompagnement pré et post-hospitalisation, l'intervention d'une aide à domicile, la garde des enfants, la prise en charge des ascendants vivant au domicile ou la garde des animaux domestiques. Le contrat prévoit également des garanties spécifiques de l'adhérent travailleur indépendant mais aussi des garanties d'accompagnement dans le départ à la retraite, d'assistance psychologique ou juridique et d'assistance dédiées aux aidants. Pour le détail des garanties, se reporter à la note d'information détaillée.

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

SERVICES DU CONTRAT

● Simulateur de remboursements

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

● Services et réseau de soins

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

● Tiers Payant

La carte de tiers payant précise les actes pouvant se voir appliquer le tiers payant.

TERRITORIALITÉ

GARANTIES SANTÉ

Le contrat MACIF MUTUELLE SANTÉ intervient pour les soins effectués en France (départements et régions d'outre-mer inclus). Il intervient également pour les soins effectués hors de France, sous réserve qu'ils soient pris en charge par le Régime obligatoire et sous conditions que l'assuré réside en France métropolitaine ou dans un département et région d'outre-mer. Dans ce cas, la prise en charge s'effectue conformément à la formule de garantie souscrite et exclut tout autre remboursement de la part de la mutuelle.

Les remboursements sont effectués en France et en euros.

GARANTIES D'ASSISTANCE

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

EXCLUSIONS

EXCLUSIONS COMMUNES À TOUTES LES GARANTIES

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

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

EXCLUSIONS DES GARANTIES D'ASSISTANCE

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

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

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

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

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

LIMITES DE GARANTIES

LIMITES DE REMBOURSEMENT

L'assuré ne peut pas bénéficier de remboursements supérieurs aux frais qu'il a exposés. Le contrat n'a pas vocation à intervenir en surcomplémentaire.

Si l'adhérent est assuré auprès de plusieurs organismes complémentaires, il peut être remboursé par l'organisme de son choix. Dans ce cas, nos garanties exprimées s'entendent déduction faite des remboursements du Régime obligatoire et des remboursements versés par le (ou les) autres organismes complémentaires de premier(s) rang(s), puisque l'intégralité des garanties offertes par les différents contrats ne peut dépasser les limites imposées par le dispositif des contrats responsables.

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

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

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

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

DÉLAIS D'ATTENTE

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

Dans ce cas, l'assuré bénéficie, pendant 3 mois suivant la prise d'effet du contrat, des garanties de la formule ÉQUILIBRÉE 2. A l'issue de ce délai, il bénéficie du niveau de garantie souscrit.

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

DÉCHEANCE DES GARANTIES EN CAS DE FRAUDE

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

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

COTISATIONS

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

- l'âge de l'assuré. Celui-ci est déterminé par différence de millésimes entre l'année d'échéance de la cotisation et l'année de naissance moins une année (par exemple, pour une personne née en 1965, l'âge retenu en 2022 sera déterminé comme suit : (2022-1965) - 1 = 56 ans.) ;
- votre ancienneté à la mutuelle ;
- le nombre d'assurés au contrat ;
- la zone de résidence de l'assuré (adresse postale figurant dans la demande d'assurance, une seule adresse étant possible) ;
- la formule de garanties choisie ;
- le régime social de l'assuré ou son statut de travailleur indépendant.

Dès lors qu'au moins 3 enfants sont assurés au titre du contrat en qualité d'enfant, la cotisation est gratuite pour le 3^e enfant et les suivants. Cette gratuité cesse au 31 décembre de l'année au cours de laquelle le nombre d'assurés enfant devient inférieur à 3.

PRISE D EFFET ET DURÉE DU CONTRAT

Le contrat prend effet à la date figurant sur la demande d'assurance.

La prise d'effet du contrat interviendra au plus tôt le 15 du mois en cours ou le 1^{er} du mois suivant, selon la date de signature de votre contrat.

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

CESSATION DES GARANTIES

Les garanties cessent sur demande de l'adhérent :

- moyennant un préavis de 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 (à savoir la date à laquelle il a été signé). La résiliation prendra effet à la date précisée dans l'avis de résiliation et au plus tôt un mois après réception de la demande ;
- en cas de modification de la situation d'un assuré entraînant une augmentation des cotisations. L'adhérent doit alors adresser sa demande à la mutuelle dans un délai de 30 jours à compter de la réception de son nouvel avis d'échéance ;
- en cas de modification des garanties à la suite d'une évolution de la réglementation ou d'une décision de la mutuelle, dans un délai d'un mois à compter du jour où cette modification lui est notifiée.

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

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

RÉCLAMATION

POUR LES GARANTIES SANTÉ ET LES SERVICES

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

Si la réponse apportée ne vous satisfait pas, adressez alors votre réclamation écrite au Service Qualité à l'adresse suivante TSA 47272 - 79060 Niort cedex, ou via notre site internet www.macif.fr.

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

POUR LES GARANTIES D'ASSISTANCE

Une réclamation est une déclaration actant d'un mécontentement concernant les garanties d'assistance mises en oeuvre, ou la relation avec IMA Assurances au cours de cette mise en oeuvre (une demande de service ou de prestation, une demande d'information, de clarification ou une demande d'avis n'est pas une réclamation).

En cas de réclamation, les bénéficiaires peuvent contacter le Service Consommateur d'IMA Assurances par courriel depuis le site www.ima.eu - Réclamations, ou par courrier au 118 avenue de Paris - CS 40000 - 79003 Niort cedex 9.

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

MÉDIATION

Si votre mécontentement persiste après épuisement de la procédure interne de réclamation ou à l'issue du délai réglementaire de deux mois, vous pouvez alors saisir la Médiation de l'assurance par courrier à l'adresse : TSA 50110 - 75441 Paris Cedex 09 ou par internet sur www.mediation-assurance.org.

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

PRESCRIPTION

Toute action dérivant du contrat est prescrite par un délai de 2 ans à partir de l'événement qui y donne naissance. Toutefois, le délai de prescription ne court que du jour où le bénéficiaire a eu connaissance du sinistre, s'il prouve qu'il l'a ignoré jusque là.

La prescription peut être interrompue par :

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

LOI MADELIN

Les garanties du contrat MACIF MUTUELLE SANTÉ peuvent entrer dans le champ d'application de la loi Madelin du 11/02/1994 (codifié aux articles L.154 bis du Code général des impôts et L.144 -1 du Code des assurances).

Cette réglementation permet, sous conditions, à l'adhérent, professionnel indépendant (revenus relevant de la catégorie des BIC ou BNC), conjoint collaborateur d'un professionnel indépendant, dirigeant non salarié relevant de l'article 62 du Code général des impôts, de déduire de son bénéfice imposable les cotisations versées au titre du contrat MACIF MUTUELLE SANTÉ dans la limite des plafonds en vigueur. Pour bénéficier de cette déduction, il faut adhérer à l'association mentionnée sur la demande d'assurance et au contrat MACIF MUTUELLE SANTÉ souscrite par ladite association.

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.

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).

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>.

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

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



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

Les prestations d'assistance sont assurées par IMA Assurances : Société anonyme au capital de 157 000 000 € entièrement libéré. Entreprise régie par le Code des assurances. RCS NIORT 481 511 632. Siège social : 118 avenue de Paris - CS 40000 - 79000 Niort cedex 9.

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

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

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

Si vous imprimez ce document, pensez à le trier !

