



**COMPLÉMENTAIRE SANTÉ  
DE LA BRANCHE DE L'AIDE, DE L'ACCOMPAGNEMENT  
DES SOINS ET DES SERVICES À DOMICILE**

**Une complémentaire santé  
adaptée aux besoins  
de mes salariés.**

Garanties et cotisations - Régime Général



La Macif,  
c'est **vous.**

# Des soins et des services de qualité, pensés pour vous accompagner

## → Tableau de garanties Complémentaire santé Branche de l'Aide, de l'Accompagnement, des Soins et des Services à Domicile

### Garanties en vigueur au 1<sup>er</sup> janvier 2023



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<sup>(1)</sup> sont effectués en excluant la participation forfaitaire et la franchise annuelle de l'assuré qui restent à sa charge, conformément à la loi.


Sauf indications contraires, les pourcentages sont exprimés par rapport aux bases de remboursement de la Sécurité sociale. **Les garanties ci-dessous sont exprimées en incluant les prestations versées par le Régime obligatoire de la Sécurité sociale (sauf pour les verres).**

Les forfaits s'entendent par assuré. Lorsque le forfait est annuel, la référence est l'année civile.

PRESTATIONS	Base conventionnelle	Formules améliorées au choix du salarié	
	Base prime	Confort	Confort plus
<b>HOSPITALISATION (HOSPITALISATION MÉDICALE, CHIRURGICALE ET MATERNITÉ)</b>			
<b>Honoraires, actes et soins</b>			
· médecins adhérents à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée*	150 % BR	175 % BR	200 % BR
· médecins non adhérents à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée*	130 % BR	155 % BR	180 % BR
<b>Forfait patient urgences</b>	Remboursement intégral	Remboursement intégral	Remboursement intégral
<b>Forfait actes lourds<sup>(2)</sup></b>	Frais réels	Frais réels	Frais réels
<b>Séjours</b>			
· frais de séjour	150 % BR	250 % BR	350 % BR
· forfait journalier hospitalier	Frais réels	Frais réels	Frais réels
<b>Chambre particulière (hors ambulatoire)</b>			
· médecine, chirurgie, soins de suite et réadaptation, psychiatrie (limité à 1 an)	1,5 % PMSS* / jour	2,5 % PMSS* / jour	3,5 % PMSS* / jour
· maternité (limité à 6 jours)	2 % PMSS* / jour	3 % PMSS* / jour	4 % PMSS* / jour
<b>Frais d'accompagnement<sup>(3)</sup></b>	Néant	2 % PMSS* / jour	2 % PMSS* / jour
<b>SOINS COURANTS</b>			
<b>Honoraires médicaux - Consultations et visites - Généralistes :</b>			
· médecins adhérents à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée*	100 % BR	100 % BR	100 % BR
· médecins non adhérents à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée*	100 % BR	100 % BR	100 % BR
<b>Honoraires médicaux - Consultations et visites - Spécialistes :</b>			
· médecins adhérents à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée*	150 % BR	175 % BR	200 % BR
· médecins non adhérents à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée*	130 % BR	155 % BR	180 % BR
<b>Sages-femmes</b>	100 % BR	100 % BR	100 % BR
<b>Consultations de psychologues remboursées par l'AMO*</b>	100 % BR	100 % BR	100 % BR
<b>Honoraires paramédicaux</b>			
· auxiliaires médicaux	100 % BR	100 % BR	100 % BR
<b>Analyses et examens de laboratoire</b>			
· médecins adhérents à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée*	100 % BR	100 % BR	100 % BR
· médecins non adhérents à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée*	100 % BR	100 % BR	100 % BR

**BR** : Base de Remboursement, tarif servant de référence à l'Assurance Maladie Obligatoire pour déterminer le montant du remboursement. Les taux de remboursement sont exprimés sur la base des taux applicables au régime général / \* **PMSS** : Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale / \* **AMO** : Assurance Maladie Obligatoire (part Régime Obligatoire) / \* **AMC** : Assurance Maladie Complémentaire (part Mutuelle) / \* **DPTM** : Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée / \* **Service Médical Rendu (SMR)** : la notion de SMR est évaluée par la Haute Autorité de Santé. / \* **HLF** : Honoraires Limites de Facturation / \* **PLV** : Prix limite de vente / \* **CCAM** : Classification Commune des Actes Médicaux / \* **TM** : Ticket Modérateur

	Base conventionnelle	Formules améliorées au choix du salarié	
PRESTATIONS	Base prime	Confort	Confort plus
<b>Actes techniques médicaux et de chirurgie</b>			
- médecins adhérents à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée *	100 % BR	100 % BR	100 % BR
- médecins non adhérents à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée *	100 % BR	100 % BR	100 % BR
<b>Médicaments</b>			
- Médicaments à Service Médical Rendu* important	100 % BR	100 % BR	100 % BR
- Médicaments à Service Médical Rendu* modéré	100 % BR	100 % BR	100 % BR
- Médicaments à Service Médical Rendu* faible	100 % BR	100 % BR	100 % BR
<b>Pharmacie hors médicaments</b>	100 % BR	100 % BR	100 % BR
<b>Matériel médical</b>			
- Orthopédie, accessoires, appareillage (hors matériel auditif, dentaire ou d'optique)	100 % BR	100 % BR	150 % BR
<b>Transport</b>	100 % BR	100 % BR	100 % BR
<b>DENTAIRE</b>			
 Soins et Prothèses <b>100 % Santé (4)</b>			
- Inlay Core	AMO* + 100% des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de l'AMO* dans la limite des HLF*	AMO* + 100% des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de l'AMO* dans la limite des HLF*	AMO* + 100% des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de l'AMO* dans la limite des HLF*
- Autres soins prothétiques et prothèses dentaires			
<b>Prothèses hors 100% Santé</b>			
- Panier à honoraires maîtrisés (4)			
- Inlay, onlay	100 % BR	135 % BR	165 % BR
- Inlay-Core	125 % BR	130 % BR	160 % BR
- Autres soins prothétiques et prothèses dentaires (incisives, canines, prémolaires)	270 % BR	365 % BR	415 % BR
- Autres prothèses (molaires - dents de fond de bouche)	170 % BR	265 % BR	315 % BR
- Panier à honoraires libres (4)			
- Inlay, onlay	100 % BR	135 % BR	165 % BR
- Inlay-Core	125 % BR	130 % BR	160 % BR
- Autres soins prothétiques et prothèses dentaires (incisives, canines, prémolaires)	270 % BR	365 % BR	415 % BR
- Autres prothèses (molaires - dents de fond de bouche)	170 % BR	265 % BR	315 % BR
<b>Soins</b>			
- Soins dentaires conservateurs, chirurgicaux ou de prévention	100 % BR	100 % BR	100 % BR
<b>Autres actes remboursés par l'AMO*</b>			
- Orthodontie remboursée par l'AMO*	275 % BR	300 % BR	325 % BR
<b>Autres actes non remboursés par l'AMO*</b>			
- Soins prothétiques et prothèses dentaires pour des actes codés dans la CCAM, Parodontologie, Orthodontie (5)	Néant	300 €	600 €
<b>AIDES AUDITIVES</b>			
<b>Aides auditives prises en charge par l'AMO* - un équipement par oreille tous les 4 ans (date de délivrance) - ce délai s'entendant pour chaque oreille indépendamment.</b>			
 Équipements 100 % Santé (6) Classe I - <b>Soumis à des prix limites de vente</b>			
- Aides auditives pour les personnes au-delà de leur 20 <sup>e</sup> anniversaire	AMO* + 100% des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de l'AMO* dans la limite du PLV*	AMO* + 100% des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de l'AMO* dans la limite du PLV*	AMO* + 100% des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de l'AMO* dans la limite du PLV*
- Aides auditives jusqu'au 20 <sup>e</sup> anniversaire ou pour les personnes atteintes de cécité (entendue comme une acuité visuelle inférieure à 1/20 <sup>e</sup> après correction)			
<b>Équipement hors 100 % Santé (7) - Classe II - Tarifs libres</b>			
- Aides auditives pour les personnes au-delà de leur 20 <sup>e</sup> anniversaire	100 % BR + 170 €	100 % BR + 500 €	100 % BR + 850 €
- Aides auditives jusqu'au 20 <sup>e</sup> anniversaire ou pour les personnes atteintes de cécité (entendue comme une acuité visuelle inférieure à 1/20 <sup>e</sup> après correction)	100 % BR + 170 €	100 % BR + 300 €	100 % BR + 300 €
<b>Accessoires, entretien, piles, réparations (8)</b>	100 % BR	100 % BR	100 % BR
<b>PRÉVENTION - BIEN-ÊTRE</b>			
<b>Actes de prévention définis par la réglementation pris en charge par l'AMO</b>	100 % BR	100 % BR	100 % BR
<b>Vaccins anti-grippe prescrits non remboursés par l'AMO</b>	Frais réels	Frais réels	Frais réels
<b>Contraception prescrite non remboursée par l'AMO</b>	2,5 % PMSS*	2,5 % PMSS*	3,5 % PMSS*
<b>Médecines complémentaires : ostéopathie</b>	Néant	Néant	20 € / séance
<b>Cures thermales prescrites remboursées par l'AMO* :</b>			
- Frais de traitement et honoraires	100 % BR	100 % BR	100 % BR
- Forfait hébergement et transport	Néant	10 % PMSS*	10 % PMSS*
<b>MATERNITÉ</b>			
<b>Allocation naissance</b>	5 % PMSS*	10 % PMSS*	10 % PMSS*

PRESTATIONS	Base conventionnelle	Formules améliorées au choix du salarié	
	Base prime	Confort	Confort plus
<b>OPTIQUE</b>			
<b>1 monture et 2 verres tous les deux ans de date à date pour les adultes de 16 ans et plus (période ramenée à un an en cas de renouvellement anticipé prévu à l'article L 165-1 du Code de la Sécurité sociale).</b>			
<b>1 monture et 2 verres tous les ans de date à date pour les enfants de plus de 6 ans et de moins de 16 ans.</b>			
<b>1 monture et 2 verres tous les 6 mois pour les enfants jusqu'à 6 ans en cas de mauvaise adaptation de la monture à la morphologie, tous les ans dans tous les autres cas. (Art R. 871-2 du Code de la Sécurité sociale).</b>			
 <b>Équipements 100 % Santé (verres et/ou monture - Classe A (9))</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Monture adulte (16 ans et plus)</li> <li>• Monture enfant (de moins de 16 ans)</li> <li>• Verres adulte (16 ans et plus) (tous types de correction)</li> <li>• Verres enfant (de moins de 16 ans) (tous types de correction)</li> <li>• Prestations d'appairage pour les verres de classe A d'indices de réfraction différents (tous niveaux)</li> <li>• Supplément pour Verres avec filtres (verres de classe A)</li> </ul>	AMO* + 100 % des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de l'AMO* dans la limite du PLV.*	AMO* + 100 % des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de l'AMO* dans la limite du PLV.*	AMO* + 100 % des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de l'AMO* dans la limite du PLV.*
<b>Équipements hors 100 % Santé y compris TM (verres et/ou monture - Classe B - Tarifs libres (10))</b>			
• Monture adulte (16 ans et plus)	70 €	100 €	100 €
• Monture enfant (de moins de 16 ans)	50 €	75 €	75 €
• Verre adulte (16 ans et plus)	Voir grille optique	Voir grille optique	Voir grille optique
• Verre enfant (de moins de 16 ans)	Voir grille optique	Voir grille optique	Voir grille optique
<b>Prestations supplémentaires portant sur un équipement optique de classe A ou B</b>			
• Prestation d'adaptation de la prescription médicale de verres correcteurs après réalisation d'un examen de la réfraction, en cas de renouvellement par l'opticien lunetier d'une ordonnance pour les verres de classe A et B	100 % BR	100 % BR	100 % BR
• Autres suppléments pour verres de classe A ou B (prisme/ système antipolis/verres iséconiques)	100 % BR	100 % BR	100 % BR
• Supplément pour verres avec filtres (verres de classe B)	100 % BR	100 % BR	100 % BR
<b>Lentilles remboursées par l'AMO (forfait par an)</b>	100 % BR + 2 % PMSS*	100 % BR + 3 % PMSS*	100 % BR + 4 % PMSS*
<b>Lentilles non remboursées par l'AMO (y compris lentilles jetables) (forfait par an)</b>	2 % PMSS*	3 % PMSS*	4 % PMSS*
<b>Chirurgie réfractive non remboursée par l'AMO (forfait par an et par oeil)</b>	200 €	300 €	400 €

**Conditions de renouvellement de l'équipement :** La garantie s'applique aux frais exposés pour l'acquisition d'un équipement optique (composé de deux verres et d'une monture) dans les conditions de renouvellement fixées par l'Arrêté du 03.12.2018 modifiant la prise en charge d'optique médicale de la Liste des Produits et Prestations (LPP) prévue à l'article L. 165-1 du Code de la Sécurité sociale, et rappelées ci-après.

- Pour les adultes et pour les enfants de 16 ans et plus, le renouvellement de la prise en charge d'un équipement est possible au terme d'une période minimale de deux ans après la dernière prise en charge d'un équipement.

- Pour les enfants de plus de 6 ans et de moins de 16 ans, le renouvellement de la prise en charge d'un équipement est possible au terme d'une période minimale d'un an après le dernier remboursement d'un équipement.

- Pour les enfants jusqu'à 6 ans, le renouvellement de la prise en charge d'un équipement est possible au terme d'une période minimale de 6 mois après le dernier remboursement d'un équipement 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.

• Les différents délais s'entendent par rapport à la date de délivrance du dernier dispositif de l'équipement optique concerné pour l'application du délai. Les différents délais sont également applicables pour le renouvellement séparé des éléments de l'équipement, et dans ce cas, le délai de renouvellement s'apprécie distinctement pour chaque élément.

- Par dérogation aux dispositions ci-dessus, le renouvellement anticipé de la prise en charge pour raison médicale d'un équipement pour les adultes et enfants d'au moins 16 ans est permis au terme d'une période minimale d'un an lorsqu'intervient une dégradation des performances oculaires dans l'une des situations limitativement prévues par la LPP, et pour laquelle la justification d'une évolution de la vue est effectuée soit au travers d'une nouvelle prescription médicale, qui est comparée à la prescription médicale précédente, soit lorsque l'opticien-lunetier adapte la prescription médicale lors d'un renouvellement de délivrance. - Par dérogation également, pour les enfants de moins de 16 ans, aucun délai minimal de renouvellement des verres n'est applicable lorsqu'intervient une dégradation des performances oculaires objectivée par un ophtalmologiste sur une prescription médicale. - Par dérogation enfin, aucun délai minimal de renouvellement des verres n'est applicable en cas d'évolution de la réfraction liée à des situations médicales particulières (troubles de réfraction associés à une pathologie ophtalmologique, à une pathologie générale ou à la prise de médicaments au long cours), définies par la LPP, sous réserve d'une nouvelle prescription médicale ophtalmologique.

• La prise en charge de deux équipements est autorisée uniquement pour les patients ayant :

- Une intolérance ou une contre-indication aux verres progressifs ou multifocaux, et présentant un déficit de vision de près et un déficit de vision de loin. La prise en charge peut couvrir deux équipements corrigeant chacun un des deux déficits mentionnés. - Une amblyopie et / ou un strabisme nécessitant une pénalisation optique. Pour ces patients, la prise en charge peut couvrir deux équipements de corrections différentes à porter en alternance.

(1) Dans la limite des frais engagés par le bénéficiaire dûment justifiés.

(2) Pour les actes techniques médicaux supérieurs à 120 €.

(3) Pour un accompagnant d'un enfant à charge de moins de 16 ans.

(4) Soins prothétiques et prothèses dentaires, tels que définis réglementairement.

(5) La garantie parodontologie ne comprend pas les actes réalisés dans le cadre de traitement implantaire, prothétique ou endodontique.

(6) Equipements de Classe I, tels que définis réglementairement.

(7) Equipements de Classe II, tels que définis réglementairement.

(8) Pour les piles, la garantie s'applique dans la limite du nombre annuel de paquets de 6 piles, fixé par l'arrêté du 14.11.2018.

(9) Equipements de classe A et prestations supplémentaires portant sur l'équipement de classe A pris en charge dans le cadre du « 100 % Santé », tels que définis réglementairement. Panachage des verres et monture : un équipement peut être composé (A ou B) de deux verres d'une même classe d'une part, et, d'autre part, d'une monture appartenant à une classe (A ou B) différente.

(10) Equipements de classe B, tels que définis réglementairement. Panachage des verres et monture : un équipement peut être composé (A ou B) de deux verres d'une même classe, d'une part, et, d'autre part, d'une monture appartenant à une classe (A ou B) différente.

## → Grille optique

### FORMULE BASE PRIME

VERRES	Avec/ Sans cylindre	SPH = sphère CYL = cylindre (+) S = SPH + CYL	BASE PRIME	
			Montant en € par verre de classe B	
			Adulte et enfant de 16 ans et +	Enfant - 16 ans
UNIFOCAUX	Sphériques	SPH de -6 à +6 (11)	48 €	38 €
		SPH < à -6 ou > à +6	90 €	81 €
	Sphéro cylindriques	SPH de -6 à 0 et CYL ≤ +4	52 €	43 €
		SPH > 0 et S ≤ +6	52 €	43 €
		SPH > 0 et S > +6	86 €	76 €
		SPH < -6 et CYL ≥ +0,25	86 €	76 €
	SPH de -6 à 0 et CYL > +4	95 €	86 €	
PROGRESSIFS ET MULTIFOCAUX	Sphériques	SPH de -4 à +4	114 €	105 €
		SPH < à -4 ou > à +4	124 €	114 €
	Sphéro cylindriques	SPH de -8 à 0 et CYL ≤ +4	124 €	114 €
		SPH > 0 et S ≤ +8	124 €	114 €
		SPH de -8 à 0 et CYL > +4	133 €	124 €
		SPH > 0 et S > +8	133 €	124 €
	SPH < -8 et CYL ≥ +0,25	133 €	124 €	

### FORMULE CONFORT

VERRES	Avec/ Sans cylindre	SPH = sphère CYL = cylindre (+) S = SPH + CYL	CONFORT	
			Montant en € par verre de classe B	
			Adulte et enfant de 16 ans et +	Enfant - 16 ans
UNIFOCAUX	Sphériques	SPH de -6 à +6 (11)	68 €	54 €
		SPH < à -6 ou > à +6	128 €	115 €
	Sphéro cylindriques	SPH de -6 à 0 et CYL ≤ +4	74 €	61 €
		SPH > 0 et S ≤ +6	74 €	61 €
		SPH > 0 et S > +6	122 €	108 €
		SPH < -6 et CYL ≥ +0,25	122 €	108 €
	SPH de -6 à 0 et CYL > +4	135 €	122 €	
PROGRESSIFS ET MULTIFOCAUX	Sphériques	SPH de -4 à +4	162 €	149 €
		SPH < à -4 ou > à +4	176 €	162 €
	Sphéro cylindriques	SPH de -8 à 0 et CYL ≤ +4	176 €	162 €
		SPH > 0 et S ≤ +8	176 €	162 €
		SPH de -8 à 0 et CYL > +4	189 €	176 €
		SPH > 0 et S > +8	189 €	176 €
	SPH < -8 et CYL ≥ +0,25	189 €	176 €	

### FORMULE CONFORT PLUS

VERRES	Avec/ Sans cylindre	SPH = sphère CYL = cylindre (+) S = SPH + CYL	CONFORT PLUS	
			Montant en € par verre de classe B	
			Adulte et enfant de 16 ans et +	Enfant - 16 ans
UNIFOCAUX	Sphériques	SPH de -6 à +6 (11)	83 €	67 €
		SPH < à -6 ou > à +6	158 €	141 €
	Sphéro cylindriques	SPH de -6 à 0 et CYL ≤ +4	92 €	75 €
		SPH > 0 et S ≤ +6	92 €	75 €
		SPH > 0 et S > +6	150 €	133 €
		SPH < -6 et CYL ≥ +0,25	150 €	133 €
	SPH de -6 à 0 et CYL > +4	166 €	150 €	
PROGRESSIFS ET MULTIFOCAUX	Sphériques	SPH de -4 à +4	200 €	183 €
		SPH < à -4 ou > à +4	216 €	200 €
	Sphéro cylindriques	SPH de -8 à 0 et CYL ≤ +4	216 €	200 €
		SPH > 0 et S ≤ +8	216 €	200 €
		SPH de -8 à 0 et CYL > +4	233 €	216 €
		SPH > 0 et S > +8	233 €	216 €
	SPH < -8 et CYL ≥ +0,25	233 €	216 €	

(11) Le verre neutre est compris dans cette classe.

# → Complémentaire Santé CCN. Branche de l'Aide, de l'Accompagnement, des Soins et des Services à Domicile - Régime Général

Cotisations mensuelles toutes taxes comprises (TTC) 2023 en vigueur du 1<sup>er</sup> janvier au 31 décembre 2023.

Les cotisations santé sont exprimées en pourcentage du Plafond Mensuel de la Sécurité sociale (PMSS).  
Les montants en euros sont indiqués à titre indicatif sur la base du PMSS 2023 (3 666 €).

## 1 - Formule souscrite à titre obligatoire par l'entreprise : l'accord de branche prévoit une adhésion obligatoire pour le salarié uniquement.

FORMULE DE L'ENTREPRISE	RÉGIME GÉNÉRAL - SALARIÉ	
	TAUX	MONTANT MENSUEL
Base Prime	1,301 % du PMSS	47,69 €

Le tarif inclut la cotisation d'assistance.

## 2 - Extension facultative aux ayants droit : le salarié peut, à titre facultatif, étendre sa couverture à ses ayants droit (conjoint et enfants à charge).

FORMULE DE L'ENTREPRISE	COTISATION À LA CHARGE EXCLUSIVE DU SALARIÉ			
	CONJOINT		ENFANT	
Base Prime	1,527 % du PMSS	55,98 €	0,767 % du PMSS	28,12 €

Il n'est pas dû de cotisation pour le 3<sup>e</sup> enfant et les suivants.

## 3 - Formules améliorées facultatives.

Chaque salarié peut, à titre facultatif, tant **pour lui-même que pour ses ayants droit**, améliorer le niveau de ses garanties en souscrivant une formule supérieure.

FORMULE DE L'ENTREPRISE	LE SALARIÉ PEUT CHOISIR UNE FORMULE AMÉLIORÉE	COTISATION SUPPLÉMENTAIRE À LA CHARGE EXCLUSIVE DU SALARIÉ					
		SALARIÉ		CONJOINT		ENFANT	
Base Prime	CONFORT	+ 0,435 %	+ 15,95 €	+ 0,468 %	+ 17,16 €	+ 0,196 %	+ 7,19 €
	CONFORT PLUS	+ 0,702 %	+ 25,74 €	+ 0,802 %	+ 29,40 €	+ 0,293 %	+ 10,74 €

Il n'est pas dû de cotisation pour le 3<sup>e</sup> enfant et les suivants.

**COMMUNICATION SUR LES FRAIS** - Le ratio des prestations versées sur les cotisations HT perçues est de 79,40 %. Le ratio entre le montant des prestations versées pour le remboursement et l'indemnisation des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident et le montant des cotisations ou primes afférentes à ces garanties représente la part des cotisations ou primes collectées, hors taxes, par l'organisme assureur au titre de l'ensemble des garanties couvrant le remboursement ou l'indemnisation des frais précités, qui est utilisée pour le versement des prestations correspondant à ces garanties.

Le ratio frais de gestion sur cotisations HT est de 24,20 %. Le ratio entre le montant total des frais de gestion au titre du remboursement et de l'indemnisation des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident et le montant des cotisations ou primes afférentes à ces garanties représente la part des cotisations ou primes collectées, hors taxes, par l'organisme assureur au titre de l'ensemble des garanties couvrant le remboursement ou l'indemnisation des frais précités, qui est utilisée pour le financement des frais de gestion.

Ces frais de gestion recouvrent l'ensemble des sommes engagées pour concevoir les contrats, les commercialiser (dont le réseau commercial, le marketing, les commissions des intermédiaires), les souscrire (dont l'encaissement des cotisations, la gestion des résiliations, le suivi comptable et juridique) et les gérer (dont le remboursement, la gestion du tiers payant, l'information client, l'assistance, les services, les prestations complémentaires), c'est-à-dire accomplir toutes les tâches incombant à l'organisme assureur dans le respect des garanties contractuelles.

## Les garanties sont accordées dans les conditions et limites fixées par le contrat souscrit.



Ce contrat, 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 Etienne Pernet - 75015 PARIS cedex 15.

Les garanties d'assistance sont assurées par **IMA Assurances**, Société anonyme au capital de 122 000 000 € - Entreprise régie par le code des assurances - RCS Niort 481 511 632. Siège social : 118 avenue de Paris - CS 40000 - 79033 Niort Cedex 9.

**MACIF** - Mutuelle Assurance des Commerçants et Industriels de France et des cadres et salariés de l'industrie et du commerce. Société d'assurance mutuelle à cotisations variables. Entreprise régie par le Code des assurances. Siège social : 1 rue Jacques Vandier - 79000 Niort.

Crédit photo : Klaus Vedfelt / Getty images

Santé Branche de l'Aide, de l'Accompagnement, des Soins et des Services à Domicile - Encart tarifaire RG - 01/2023 - Document non contractuel à caractère publicitaire. Ne pas jeter sur la voie publique.

