

# Assurance Complémentaire Santé

## Document d'information sur le produit d'assurance

Ce contrat est assuré par Apivia Macif Mutuelle (SIREN n°779 558 501), mutuelle enregistrée en France et régie par le Livre II du Code de la mutualité.

Produit : contrat MACIF MUTUELLE SANTÉ

Ce document d'information présente un résumé des principales garanties et exclusions du contrat. Il ne prend pas en compte vos besoins et demandes spécifiques. Vous trouverez l'information complète sur ce produit dans la documentation précontractuelle et contractuelle. En particulier, les niveaux de remboursement seront détaillés dans le tableau de garanties.

## De quel type d'assurance s'agit-il ?

Le contrat MACIF MUTUELLE SANTÉ est destiné à rembourser, en complément de la Sécurité sociale française, tout ou partie des frais de santé restant à la charge de l'assuré et des éventuels bénéficiaires en cas d'accident, de maladie ou de maternité. Le produit respecte les conditions légales des contrats responsables.



### Qu'est-ce qui est assuré ?

Les montants des prestations sont soumis à des plafonds qui varient en fonction du niveau de garanties choisi et qui figurent dans les tableaux de garanties. Ils ne peuvent être plus élevés que les dépenses engagées. Certaines sommes peuvent rester à votre charge.

#### LES GARANTIES SYSTÉMATIQUEMENT PRÉVUES

- ✓ **Hospitalisation** : honoraires chirurgicaux, médicaux et paramédicaux, analyses et examens de laboratoire, radiologie, ainsi que la participation forfaitaire sur les actes techniques égaux ou supérieurs à 120 €, les frais de transport et de séjour, le forfait patient urgences et le forfait journalier hospitalier.
- ✓ **Prime de naissance** : 100 €/enfant.
- ✓ **Soins courants** : honoraires médicaux et paramédicaux, radiologie, analyses et examens de laboratoire, ainsi que les honoraires de psychologue pris en charge par la Sécurité sociale, les médicaments et honoraires de dispensation, les frais de transport.
- ✓ **Prévention et mieux-être** : pharmacie non remboursée par la Sécurité sociale, à savoir la contraception non remboursée, le vaccin antigrippal non remboursé, et l'auto-test VIH.
- ✓ **Dentaire** : actes et soins dentaires, soins d'obturation Inlay/Onlay/Overlay, prothèses dentaires 100 % Santé telles que définies réglementairement, autres prothèses dentaires (couronne, couronne transitoire, bridge, appareil dentaire amovible, Inlay-core, dent supplémentaire ou réparation sur bridge et appareil dentaire amovible) et orthodontie prises en charge par la Sécurité sociale.
- ✓ **Optique** : équipements 100 % Santé (dits de classe A) tels que définis réglementairement, autres verres et montures remboursés par la Sécurité sociale, lentilles de contact prises en charge par la Sécurité sociale.
- ✓ **Aides auditives** : équipements 100 % Santé (dits de classe I) tels que définis réglementairement, autres aides auditives remboursées par la Sécurité sociale, et les piles et accessoires.
- ✓ **Appareillage** : matériel médical, appareils de basse vision et les véhicules pour personnes handicapées physiques.

#### LES GARANTIES OPTIONNELLES (selon la formule souscrite)

- Chambre particulière (avec nuitée et en ambulatoire) et la chambre accompagnant avec nuitée.
- Les médicaments remboursés à 30 % et 15 % par la Sécurité sociale.
- Les séances Mieux-être, à savoir les séances réalisées par un ostéopathe, un acupuncteur, un diététicien, un chiropracteur, un pédicure, un podologue, un psychologue (séance non remboursée par la Sécurité sociale), un sophrologue et un hypnothérapeute, ainsi que la participation à des ateliers d'activité physique adaptée.
- La pharmacie non remboursée par la Sécurité sociale, à savoir les tests de grossesse et d'ovulation, l'homéopathie, les médicaments prescrits ou référencés ANSM, ainsi que le matériel de surveillance de l'hypertension artérielle.
- Orthodontie, Implants dentaires et parodontie, non remboursés par la Sécurité sociale.
- Lentilles de contact non remboursées par la Sécurité sociale.
- Chirurgie réfractive de l'œil.
- Cures thermales remboursées par la Sécurité sociale.

#### L'ASSISTANCE SYSTÉMATIQUEMENT PRÉVUE

- ✓ Assistance en cas d'hospitalisation ou d'immobilisation à domicile.
- ✓ Assistance en cas de naissance ou d'adoption.
- ✓ Assistance dédiée aux aidants et aux travailleurs indépendants.

#### LES SERVICES SYSTÉMATIQUEMENT PRÉVUS

- ✓ Réseau de soins.
- ✓ Tiers payant.

Les garanties ou services précédés d'une coche verte ✓ sont systématiquement prévus au contrat.



### Qu'est-ce qui n'est pas assuré ?

- ✗ Les soins reçus en dehors de la période de validité du contrat.
- ✗ Les indemnités journalières versées en complément de la Sécurité sociale en cas d'arrêt de travail.
- ✗ 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, ainsi que les hospitalisations et séjours en établissements, centres ou services dits de longs séjours.



### Y a-t-il des exclusions à la couverture ?

#### LES PRINCIPALES EXCLUSIONS DU CONTRAT RESPONSABLE

- ! Les franchises médicales sur les médicaments, les actes paramédicaux et les transports.
- ! La participation forfaitaire d'un euro sur les consultations et actes médicaux, examens radiologiques et analyses de laboratoire.
- ! 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 soin.

#### LES PRINCIPALES RESTRICTIONS

- ! **Délais d'attente** : Selon la formule souscrite, des délais d'attente peuvent s'appliquer. Pendant 3 mois, l'assuré bénéficie des garanties de la formule ÉQUILIBRÉE 2.
- ! **Forfait journalier hospitalier** : remboursement conditionné à une hospitalisation d'une nuit minimum.
- ! **Chambre particulière et accompagnant avec nuitée en soins de suite, de réadaptation et en psychiatrie** : le forfait, pour chacune de ces garanties, est versé dans la limite globale de 60 nuits/an. 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.
- ! **Séances mieux-être** : forfait unitaire dont la limite globale annuelle (de 2 à 4 séances par an) varie en fonction de la formule de garantie.
- ! **Dentaire** : pour les soins d'obturation Inlay/Onlay/Overlay, les autres prothèses dentaires remboursées par la Sécurité sociale, l'orthodontie, les implants dentaires et la parodontie, les remboursements sont limités à un plafond global annuel durant les 36 premiers mois d'affiliation de l'assuré. Cette durée de plafonnement peut être prolongée en cas de modification de la formule de garanties.
- ! **Optique** : remboursement limité à un équipement (monture + 2 verres) tous les deux ans sauf cas de renouvellement anticipé prévu réglementairement.
- ! **Aides auditives remboursées par la Sécurité sociale** : le nombre d'équipement (1 appareil acoustique) est limité à 1 équipement par oreille tous les 4 ans.



## Où suis-je couvert(e) ?

- ✓ France (départements et régions d'outre-mer inclus).
- ✓ L'assuré est couvert pour les soins ou les équipements achetés hors de France sous réserve qu'ils soient pris en charge par le régime d'Assurance maladie obligatoire français et sous conditions que l'assuré réside en France métropolitaine ou dans un département et région d'outre-mer. 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 garanties d'assistance s'appliquent en France (hors départements et régions d'outre mer) y compris Andorre et Principauté de Monaco.



## Quelles sont mes obligations ?

**Sous peine de suspension des garanties, l'adhérent doit :**

**À la souscription :**

- être âgé de plus de 16 ans et avoir la capacité de contracter, résider en France métropolitaine ou dans un département ou une région d'outre-mer et être affilié à un régime obligatoire français d'assurance maladie ;
- remplir avec exactitude la demande d'assurance et la signer ;
- fournir une copie de sa pièce d'identité ainsi que la copie de l'attestation de carte vitale de chaque assuré ;
- remplir le mandat SEPA et fournir un relevé d'identité bancaire en cas de paiement des cotisations par prélèvement.

**Durant le contrat :**

- payer la cotisation prévue au contrat ;
- fournir tout document justificatif nécessaire au paiement des prestations prévues au contrat ;
- faire parvenir les demandes de remboursement à l'assureur dans un délai maximum de 2 ans suivant la date de remboursement des soins par la Sécurité sociale ou la date de l'évènement à indemniser ou de sa date de facturation ;
- le cas échéant, se soumettre à l'expertise médicale demandée par l'assureur ;
- signaler tout changement de situation (régime de Sécurité sociale d'un des assurés, changement de domicile ou de situation familiale, etc...) ou de coordonnées bancaires et produire les justificatifs nécessaires à la modification du contrat. Ce changement peut, dans certains cas, entraîner la modification du contrat et de la cotisation initialement prévue.



## Quand et comment effectuer les paiements ?

La cotisation est annuelle et payable d'avance. Elle est due à l'échéance jusqu'à la résiliation du contrat.

Le paiement de la cotisation est exigible dans les 10 jours de son échéance. En cas de non paiement au-delà de ce délai, et après une mise en demeure restée sans effet, l'assureur pourra être amené à résilier le contrat.

Les cotisations peuvent être réglées par mandat de prélèvement SEPA ou, à défaut, par chèque (uniquement pour le paiement annuel). Il est possible de demander le fractionnement du paiement de la cotisation (semestriel, trimestriel ou mensuel). Aucuns frais de fractionnement ne sont alors appliqués.



## Quand commence la couverture et quand prend-elle fin ?

Le contrat prend effet à la date mentionnée sur la demande d'assurance. Sa durée est d'un an. Il se renouvelle par tacite reconduction chaque année au 1<sup>er</sup> janvier sauf résiliation par l'une des parties dans les cas et conditions fixés au contrat.

Si le contrat a été souscrit exclusivement à distance ou à la suite d'un démarchage à domicile, l'adhérent dispose d'un délai de renonciation de 14 jours calendaires révolus à compter de la prise d'effet du contrat.

**Les garanties cessent :**

- en cas de résiliation par l'adhérent ;
- en cas de non paiement des cotisations ;
- en cas de modification de la situation d'un assuré entraînant une augmentation des cotisations, si l'adhérent refuse cette augmentation ;
- en cas de modification des garanties à la suite d'une évolution de la réglementation ou d'une décision de la mutuelle, si l'adhérent refuse cette modification.



## Comment puis-je résilier le contrat ?

Le contrat peut être résilié :

- à l'échéance annuelle, moyennant un préavis de 2 mois avant le 31 décembre de l'année en cours ;
- à tout moment après expiration d'un délai d'un an à compter de la première souscription. 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 des cotisations, notamment à la suite d'une modification de situation, dans un délai d'un mois à compter de la date de réception du 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 est notifiée à l'adhérent.

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](http://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.



# Tableau de garanties Macif Mutuelle Santé

Garanties en vigueur au 1<sup>er</sup> décembre 2023

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.

LES FORMULES SOINS PROPOSÉES :	PRIMO	ÉCONOMIQUE	ESSENTIELLE	ÉQUILBRÉE	ÉTENDUE *	EXCELLENCE *
<b>HOSPITALISATION (y compris ambulatoire) <sup>(1)</sup></b>						
<b>Honoraires (chirurgicaux et médicaux)</b>						
• 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 %
<b>Radiologie</b>						
• 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 %
<b>Honoraires paramédicaux <sup>(2)</sup></b>						
• Analyses et examens de laboratoire	100 %	100 %	100 %	125 %	175 %	200 %
<b>Participation forfaitaire sur les actes techniques égaux ou supérieurs à 120 €</b>						
	Remboursement intégral	Remboursement intégral	Remboursement intégral	Remboursement intégral	Remboursement intégral	Remboursement intégral
<b>Forfait journalier hospitalier</b>						
	Remboursement intégral	Remboursement intégral	Remboursement intégral	Remboursement intégral	Remboursement intégral	Remboursement intégral
<b>Forfait patient urgences</b>						
	Remboursement intégral	Remboursement intégral	Remboursement intégral	Remboursement intégral	Remboursement intégral	Remboursement intégral
<b>Frais de transport</b>						
	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
<b>Frais de séjour</b>						
	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
<b>Chambre particulière</b>						
• médecine, chirurgie, obstétrique, maternité	-	-	30 €/nuit	50 €/nuit	70 €/nuit	80 €/nuit
• soins de suite et de réadaptation, psychiatrie	-	-	30 €/nuit (limité) à 60 nuits/an <sup>(3)</sup>	50 €/nuit (limité) à 60 nuits/an <sup>(3)</sup>	70 €/nuit (limité) à 60 nuits/an <sup>(3)</sup>	80 €/nuit (limité) à 60 nuits/an <sup>(3)</sup>
<b>Chambre d'accompagnant avec nuitée (lit et frais de repas)</b>						
• médecine, chirurgie, obstétrique, maternité	-	-	10 €/nuit	20 €/nuit	25 €/nuit	30 €/nuit
• soins de suite et de réadaptation, psychiatrie	-	-	10 €/nuit <sup>(3)</sup>	20 €/nuit <sup>(3)</sup>	25 €/nuit <sup>(3)</sup>	30 €/nuit <sup>(3)</sup>
<b>Chambre particulière ambulatoire</b>						
	-	-	10 €/jour	15 €/jour	20 €/jour	25 €/jour
<b>Honoraires chirurgicaux, médicaux, paramédicaux, radiologie, analyses et examens de laboratoire en cas d'hospitalisation à l'étranger</b>						
	100 %	100 %	100 %	100 %	120 %	140 %
<b>PRIME NAISSANCE</b>						
<b>Prime naissance</b>	100 €/enfant	100 €/enfant	100 €/enfant	100 €/enfant	100 €/enfant	100 €/enfant
<b>SOINS COURANTS</b>						
<b>Honoraires médicaux - Consultations médecine générale et spécialiste</b>						
• 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 %
<b>Radiologie</b>						
• 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 %
<b>Consultations de psychologues remboursées par le Régime obligatoire</b>						
	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
<b>Honoraires paramédicaux <sup>(2)</sup></b>						
• Analyses et examens de laboratoire	100 %	100 %	100 %	125 %	175 %	200 %
<b>Médicaments et honoraires de dispensation</b>						
• pharmacie remboursée à 65 % par le RO	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
• pharmacie remboursée à 30 % par le RO	30 % <sup>(4)</sup>	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
• pharmacie remboursée à 15 % par le RO	15 % <sup>(4)</sup>	15 % <sup>(4)</sup>	100 %	100 %	100 %	100 %
<b>Transport hors hospitalisation</b>						
	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
<b>Honoraires médicaux, paramédicaux, radiologie, analyses et examens de laboratoire en cas de soins courants à l'étranger</b>						
	100 %	100 %	100 %	100 %	120 %	140 %
<b>PRÉVENTION ET MIEUX-ÊTRE</b>						
<b>Séances Mieux-être <sup>(5)</sup></b>						
• 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	-	-	-	-	-	-
<b>Pharmacie non remboursée</b>						
• contraception, tests de grossesse et d'ovulation, autotest VIH	20 €/an	20 €/an	30 €/an	40 €/an	60 €/an	80 €/an
• matériel de surveillance de l'hypertension artérielle	Prestations limitées à :	Prestations limitées à :				
• vaccins prescrits et non remboursés par le Régime obligatoire (dont vaccin antigrippal)	vaccin anti grippal, contraception, autotest VIH	vaccin anti grippal, contraception, autotest VIH				
• homéopathie, médicaments prescrits ou référencés ANSM						




(1) Sont exclus les séjours en établissements médico-sociaux (tels que notamment les maisons d'accueil spécialisées, les centres médico-éducatifs, les instituts psychopédagogiques, les centres de rééducation professionnelle), les séjours en établissements pour personnes âgées ou dépendantes (tels que notamment les EHPAD et les maisons de retraite), les séjours en ateliers thérapeutiques, les hospitalisations et séjours en établissements, centres ou services dits de longs séjours. (2) Entrent dans cette catégorie les honoraires des infirmiers(ères), masseurs-kinésithérapeutes, orthophonistes, orthoptistes, pédicures-podologues pris en charge par le Régime obligatoire. Les sages femmes sont assimilées à cette catégorie. (3) Les forfaits chambre particulière et chambre accompagnant garantis pour une hospitalisation en soins de suite, réadaptation et psychiatrie sont chacun versés dans la limite globale de 60 nuits / 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.



# Tableau de garanties Macif Mutuelle Santé

Garanties en vigueur au 1<sup>er</sup> décembre 2023

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.

LES NIVEAUX "ÉQUIPEMENTS PROPOSÉS :		1	2	3 *	EXCELLENCE *
<b>DENTAIRE</b>					
Actes et soins dentaires	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Soins d'obturation Inlay/Onlay/Overlay	100 %	100 %	100 % + 100 €	100 % + 150 €	100 % + 200 €
Prothèses dentaires 100% Santé <sup>(6)</sup> 	Remboursement intégral <sup>(7)</sup>	Remboursement intégral <sup>(7)</sup>	Remboursement intégral <sup>(7)</sup>	Remboursement intégral <sup>(7)</sup>	Remboursement intégral <sup>(7)</sup>
<b>Autres prothèses dentaires remboursées par le RO</b>					
● couronnes dentaires transitoires	100 %	100 %	20 €/couronne transitoire	35 €/couronne transitoire	50 €/couronne transitoire
● couronnes dentaires	100 %	100 %	200 €/couronne	300 €/couronne	400 €/couronne
● bridge (3 à 5 dents)	100 %	100 %	400 €/bridge	650 €/bridge	900 €/bridge
● appareil dentaire amovible (1 à 3 dents)	100 %	100 %	200 €/appareil	300 €/appareil	400 €/appareil
● Inlay-core	100 %	100 %	60 €/Inlay-core	90 €/Inlay-core	120 €/Inlay-core
● dent supplémentaire ou réparation sur bridge et appareil dentaire amovible	100 %	100 %	15 €/dent ou réparation	25 €/dent ou réparation	35 €/dent ou réparation
Orthodontie remboursée par le RO <sup>(8)</sup>	100 %	100 €/semestre	200 €/semestre	350 €/semestre	450 €/semestre
Orthodontie non remboursée par le RO <sup>(8)</sup>	-	-	100 €/semestre	150 €/semestre	200 €/semestre
Implants dentaires	-	-	250 €	350 €	450 €
Parodontie non remboursée par le RO	-	-	150 €	200 €	250 €
<b>Pour les soins d'obturation Inlay/Onlay/Overlay, les autres prothèses dentaires remboursées par le RO, l'orthodontie remboursée ou non par le RO, les implants dentaires, la parodontie, un plafond annuel global s'applique :</b>					
● année 1 (jusqu'à la fin du 12 <sup>e</sup> mois d'affiliation de l'assuré)	-	-	500 €	750 €	1 000 €
● année 2 (jusqu'à la fin du 24 <sup>e</sup> mois d'affiliation de l'assuré)	-	-	1 000 €	1 250 €	1 500 €
● année 3 (jusqu'à la fin du 36 <sup>e</sup> mois d'affiliation de l'assuré)	-	-	1 500 €	1 750 €	2 000 €
<b>OPTIQUE</b>					
Équipements 100% Santé (monture et verres) <sup>(6)</sup> 	Remboursement intégral <sup>(7)</sup>	Remboursement intégral <sup>(7)</sup>	Remboursement intégral <sup>(7)</sup>	Remboursement intégral <sup>(7)</sup>	Remboursement intégral <sup>(7)</sup>
<b>Autres montures et verres remboursés par le RO</b>					
● monture adulte et enfant	100 %	60 €	60 €	100 € <sup>(9)</sup>	100 € <sup>(9)</sup>
● verre correction simple (l'unité)	100 %	20 €	50 €	70 €	100 €
● verre correction complexe (l'unité)	100 %	70 €	100 €	140 €	200 €
+ renfort si verre hypercomplexe (l'unité)	-	-	30 €	40 €	50 €
<b>Le nombre d'équipement optique (2 verres + 1 monture) est limité à 1 équipement par période de 2 ans, à l'exception des cas pour lesquels un renouvellement anticipé est possible réglementairement. Pour chaque assuré, le point de départ de la période correspond à la date de l'équipement.</b>					
Lentilles de contact	100 % <sup>(10)</sup>	80 €	130 €	180 €	230 €
Chirurgie réfractive de l'œil <sup>(11)</sup>	-	-	-	300 €	400 €
<b>AIDES AUDITIVES</b>					
Équipements 100% Santé <sup>(6)</sup> 	Remboursement intégral <sup>(7)</sup>	Remboursement intégral <sup>(7)</sup>	Remboursement intégral <sup>(7)</sup>	Remboursement intégral <sup>(7)</sup>	Remboursement intégral <sup>(7)</sup>
<b>Autres aides auditives remboursées par le RO</b>					
● appareil acoustique (> 20 ans)	100 %	100 %	450 €/appareil	600 €/appareil	750 €/appareil
● appareil acoustique (≤ 20 ans)	100 %	100 %	650 €/appareil	750 €/appareil	850 €/appareil
<b>Le nombre d'équipement (1 appareil acoustique) est limité à 1 équipement par oreille et par période de 4 ans. Pour chaque assuré, le point de départ de la période correspond à la date de l'équipement. Pour les assurés du Régime Alsace-Moselle, le montant forfaitaire remboursé par la mutuelle au titre de la garantie "Autres aides auditives remboursées par le RO / appareil acoustique (≤ 20 ans)" ne peut être supérieur à 440 € par appareil, afin de respecter les plafonds de remboursement prévus par le contrat responsable</b>					
Entretien, piles et accessoires	100 %	30 €	40 €	50 €	60 €
<b>APPAREILLAGE</b>					
Matériel médical <sup>(12)</sup>	100 %	100 %	150 %	200 %	250 %
Appareils de basse vision <sup>(13)</sup>	100 %	100 % + 250 €	100 % + 250 €	100 % + 250 €	100 % + 250 €
Véhicules pour handicapés physiques	100 %	100 % + 1 500 €	100 % + 1 500 €	100 % + 1 500 €	100 % + 1 500 €
<b>CURES THERMALES REMBOURSÉES PAR LE RÉGIME OBLIGATOIRE</b>					
Soins, transport, et hébergement	-	100 %	100 % + 100 €	100 % + 200 €	100 % + 300 €

(6) Tels que définis réglementairement. (7) Dans les limites et conditions de la réglementation en vigueur. (8) Forfait par semestre de traitement, pouvant être proratisé selon la durée effective de traitement. (9) Par exception, ce forfait de 100 € correspond au remboursement de la mutuelle en incluant le remboursement de la Sécurité sociale. (10) Uniquement les lentilles prises en charge par le Régime obligatoire. (11) Forfait par œil et par année civile. Ensemble des techniques de chirurgie qui permettent de corriger des troubles de la vue comme la myopie, l'hypermétropie, l'astigmatisme et la presbytie. (12) Hors titre IV de la LPP, objets contraceptifs, basse vision et aides auditives. (13) Aides visuelles pour les personnes dont l'acuité visuelle avec correction est inférieure à 4/10°.

\* Sur les formules identifiées, votre Demande d'assurance peut faire mention de l'application d'un délai d'attente. Dans ce cas, vous bénéficiez, pendant 3 mois suivant la prise d'effet du contrat, des garanties de la formule ÉQUILIBRÉE 2.

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

MUTUALITÉ FRANÇAISE 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 19.

IMA Assurances - Société anonyme au capital de 157 000 000 € entièrement libéré. Entreprise régie par le Code des assurances. RCS NIORT 481 511 632. Siège social : 118 avenue de Paris - CS 40000 - 79033 Niort cedex 9.

MACIF - MUTUELLE ASSURANCE DES COMMERCANTS 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.