

idmacif.fr

► **Contrat de
complémentaire santé**

► Préambule	page 3 ■
--------------------	----------

► Définitions	page 4 ■
----------------------	----------

1 Conditions et formalités d'adhésion

Article 1 – Conditions d'adhésion	page 6 ■
Article 2 – Formalités d'adhésion	page 6 ■
Article 3 – Prise d'effet du contrat	page 7 ■

2 Description des garanties

Article 4 – Formules de garanties	page 8 ■
Article 5 – Expression des garanties	page 8 ■
Article 6 – Garanties du contrat	page 8 ■
Article 7 – Garanties d'assistance	page 14 ■
Article 8 – Services	page 16 ■
Article 9 – Subrogation	page 17 ■
Article 10 – Limitations de garantie et exclusions	page 17 ■
Article 11 – Territorialité des garanties	page 18 ■

3 Fonctionnement du contrat

Article 12 – Modification de la formule choisie	page 19 ■
Article 13 – Cessation des garanties	page 19 ■

4 Cotisations

Article 14 – Paiement des cotisations	page 20 ■
Article 15 – Modalités de règlement des cotisations	page 20 ■
Article 16 – Non paiement des cotisations	page 20 ■
Article 17 – Ajustement et révision des cotisations	page 21 ■

5 Versement des prestations

Article 18 – Conditions de versement des prestations	page 22 ■
---	-----------

6 Généralités

Article 19 – Ajustement et révision des garanties	page 23 ■
Article 20 – Délai de renonciation	page 23 ■
Article 21 – Prescription	page 23 ■
Article 22 – Réclamations	page 24 ■
Article 23 – Médiation externe	page 24 ■

Préambule

Le contrat de complémentaire santé n° 215 001 auquel vous avez souscrit est distribué par IDMACIF et assuré par Macif-Mutualité, mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du Code de la mutualité.

Ce contrat prend la forme d'un règlement mutualiste, ci-après dénommé « le contrat ».

Il définit les droits et devoirs réciproques de Macif-Mutualité et des bénéficiaires des garanties. Il est régi par la loi française et plus particulièrement le Code de la mutualité et les statuts de Macif-Mutualité. Ses dispositions figurent dans la demande d'assurance et dans le présent règlement mutualiste qui forment un ensemble indissociable.

Ce contrat est un contrat responsable au sens des articles L 871-1, R 871-1 et R 871-2 du Code de la Sécurité sociale.

La langue utilisée entre Macif-Mutualité et l'adhérent pendant toute la vie du contrat est le français.

Macif-Mutualité est soumise au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution - 61, rue Taitbout 75436 Paris cedex 9.

Loi informatique et libertés du 06/01/78



Les données recueillies feront l'objet d'un traitement automatisé par IDMACIF, pour le compte de Macif-Mutualité responsable de traitement, pour la passation, la gestion et l'exécution des contrats d'assurance et à des fins de prospection et de gestion commerciales. Elles pourront être transmises aux sociétés du groupe Macif et à ses partenaires aux mêmes fins, y compris en dehors de l'Union Européenne.

Elles font également l'objet de traitements de lutte contre le blanchiment d'argent et le financement du terrorisme, et contre la fraude à l'assurance par Macif-Mutualité ainsi que les entités du Groupe Macif, et pourront être transmises aux entités et personnes désignées par la réglementation. La lutte contre la fraude à l'assurance peut conduire à une inscription sur une liste de personnes présentant un risque de fraude.

Vous disposez d'un droit d'opposition, d'accès et de rectification auprès du service consommateurs d'IDMACIF, 2-4 rue de Pied de Fond – 79000 Niort ou sur l'espace personnel du site idmacif.fr. Nous vous informons que vous pouvez vous inscrire sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique.

Définitions

Pour une meilleure lecture de votre contrat, le « vous » doit être compris comme l'adhérent et le « nous » comme Macif-Mutualité.

Le lexique ci-dessous est à disposition pour une parfaite compréhension des termes techniques. Les mots ou expressions ainsi définis sont désignés par un astérisque dans le texte.

Adhérent

Personne dont l'adhésion à Macif-Mutualité a été acceptée et qui est à ce titre tenue au paiement des cotisations.

Assuré

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

Auxiliaires médicaux

Infirmier(ère), Masseur-kinésithérapeute,
Orthophoniste, Orthoptiste, Pédicure
podologue.

Base de Remboursement de la Sécurité sociale

Assiette servant de calcul aux prestations en nature de l'Assurance maladie de la Sécurité sociale.

Selon le type d'acte et la nomenclature auxquels elle se rattache, cette base de remboursement peut-être constituée du :

• **Tarif d'autorité**

Tarif utilisé par la Sécurité sociale comme base de remboursement lorsque le professionnel de santé consulté n'est pas conventionné. Ce tarif est très inférieur au tarif de convention.

• **Tarif de convention**

Tarif utilisé par la Sécurité sociale comme base de remboursement des soins et honoraires des professionnels de santé conventionnés.

• **Tarif de responsabilité**

Base de remboursement de la Sécurité sociale pour les produits pharmaceutiques, les fournitures et les appareillages.

• **Tarif forfaitaire de responsabilité**

Base de remboursement de la Sécurité sociale pour le princeps d'un médicament (original d'un médicament) ainsi que pour les médicaments génériques qui y sont rattachés.

Conjoint

Personne unie à l'adhérent par les liens du mariage, selon les termes du Code civil. Sont assimilés au conjoint : le concubin, le partenaire lié par un pacte civil de solidarité, selon les dispositions du Code civil.

Le conjoint, ou la personne assimilée, doit en outre vivre en couple avec l'adhérent, sous le même toit, de façon constante c'est-à-dire sans être séparé de corps ou de fait.

Contrat d'accès aux soins

Contrat mis en place entre l'Assurance maladie et les syndicats de médecins dans lequel les médecins adhérents s'engagent notamment à limiter leurs dépassements d'honoraires. Le cahier des charges du contrat responsable impose une meilleure prise en charge des actes et consultations facturés par les médecins adhérents à ce dispositif.

Date anniversaire du contrat

Date de prise d'effet du contrat (jour, mois, année). La date d'anniversaire du contrat peut être différente de la date de signature.

Dépassement d'honoraires

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

Dispositif de fidélisation

Dispositif mis en place par Macif-Mutualité. Il se traduit par un doublement du forfait en euros attribué sur certaines garanties santé, lorsque l'assuré n'a pas entamé ledit forfait sur une période définie par la formule de garanties souscrite.

Etabissements médico-sociaux

Etablissement assurant des soins et une éducation spéciale ou professionnelle au profit des personnes âgées, des adultes ou enfants handicapés et des personnes sans domicile.

Forfait journalier hospitalier

Montant forfaitaire restant à la charge de l'assuré en cas d'hospitalisation. Il correspond aux « frais hôteliers ».

Frais de séjour

Frais facturés par un établissement hospitalier pour couvrir certains coûts et services mis à la disposition du patient lors d'un séjour hospitalier.

Franchise annuelle

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

Hospitalisation ambulatoire

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

Liste des produits et des Prestations (LPP)

Liste établie par décret définissant l'ensemble des produits et des prestations remboursables par l'Assurance maladie et fixant leur base de remboursement par celle-ci.

Long séjour

Unité de long séjour ou de soins de longue durée dépendant de l'hôpital et prenant en charge les personnes privées d'autonomie nécessitant des soins constants.

Médecin traitant

Médecin spécialiste ou généraliste, librement choisi par l'assuré âgé de 16 ans au moins pour assurer la coordination de ses soins. L'assuré doit avoir déclaré son médecin traitant auprès de son régime d'assurance maladie obligatoire afin de bénéficier du taux maximal de remboursement de la Sécurité sociale.

Parcours de soins

Désigne le parcours de soins coordonnés défini par la loi, obligeant les assurés sociaux à consulter leur médecin traitant avant tout autre médecin sous peine de majoration du ticket modérateur par le Régime obligatoire et de non remboursement des éventuels dépassements d'honoraires par la mutuelle.

Participation forfaitaire

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

Régime obligatoire (RO)

Régime d'assurance maladie français, communément dénommé "Sécurité sociale", qui intervient obligatoirement avant la mutuelle pour rembourser une part des frais de santé.

Ticket modérateur

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

Tiers payant

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

Conditions et formalités d'adhésion

1

Ce contrat vous permet de souscrire une complémentaire santé qui rembourse vos frais de soins de santé :

- en complément des remboursements du Régime obligatoire* effectués, au titre de l'assurance maladie et de l'assurance maternité, sous réserve des limitations de garanties et exclusions mentionnées à l'article « Limitations de garanties et exclusions »,
- en versant, pour certains actes, un forfait en l'absence d'intervention du remboursement du Régime obligatoire*.

Ce contrat vous permet également de bénéficier de garanties d'assistance.

Article 1 – Conditions d'adhésion

Vous devez au moment de l'adhésion :

- être âgé de plus de 16 ans,
- avoir la capacité de contracter,
- être affilié à un Régime obligatoire* français d'Assurance maladie,
- habiter en France métropolitaine ou dans un Département ou région d'Outre-Mer.

Article 2 – Formalités d'adhésion

Vous devez compléter, signer et dater la demande d'adhésion en indiquant la formule de garanties souscrite et les éventuels ayants droit que vous souhaitez désigner comme assurés* au titre du contrat. L'adhésion n'est soumise à aucun questionnaire médical.

La notion de signature recouvre tant la signature manuscrite apposée sur la demande d'adhésion, que la signature électronique dans le cas d'une souscription par voie électronique. Elle emporte acceptation des dispositions des statuts et des droits et obligations définis par le présent règlement.

Peuvent être désignés assurés* les membres de votre famille à charge au sens de la Sécurité sociale, soit en qualité d'adulte, soit en qualité d'enfant :

PERSONNES POUVANT ÊTRE DESIGNÉES COMME ASSURÉS	QUALITÉ
• votre conjoint*, qu'il exerce ou non une activité professionnelle ; • vos ascendants à charge au sens de la Sécurité sociale et vivant sous votre toit, • vos enfants de plus de 20 ans dès lors qu'ils ne poursuivent pas d'études, et de plus de 26 ans même s'ils poursuivent des études.	ADULTE
• vos enfants à charge au sens de la Sécurité sociale, et ceux apprentis ou salariés, au plus tard jusqu'au 31 décembre de l'année de leur 20^{ème} anniversaire, • vos enfants jusqu'au 31 décembre de l'année de leur 26^{ème} anniversaire, dès lors qu'ils justifient la poursuite d'études (dans ce cas, joindre à votre demande d'assurance le certificat de scolarité).	ENFANT

Peuvent également être désignés comme assuré* vos descendants fiscalement à charge, atteints d'une incapacité permanente d'un taux égal ou supérieur à 80% les empêchant d'exercer toute activité rémunérée et considérés à ce titre par la Sécurité sociale comme vos ayants droit.

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

Vous souscrivez un seul et même contrat par foyer, la même formule s'appliquant à l'ensemble des assurés* désignés au contrat. Même en cas d'affiliation postérieure à la votre, votre conjoint*, vos enfants ou vos ascendants bénéficieront de la même formule que celle que vous aurez choisie pour vous-même.

Nous concrétisons votre adhésion par l'envoi d'une carte mutualiste, qui prouve votre appartenance à la mutuelle et vous permet de bénéficier du service de tiers payant* auprès des professionnels de santé conventionnés.

Article 3 – Prise d'effet du contrat

Le contrat prend effet à compter du 1^{er} jour du mois suivant la date de signature du bulletin d'adhésion sauf date expressément prévue dans le bulletin d'adhésion. A votre demande expresse, l'exécution du contrat aura lieu à compter de cette date. A défaut, elle s'effectuera à l'issue du délai de renonciation mentionné à l'article « Délai de renonciation ».

En cas d'adjonction d'un assuré à la suite d'un mariage, de la conclusion d'un PACS, d'une naissance ou d'une adoption, l'affiliation prend effet au 1^{er} jour du mois qui suit la demande. Toutefois, les garanties sont acquises dès la naissance du nouveau-né ou dès la date d'adoption de l'enfant mineur, à condition d'effectuer la demande d'affiliation au contrat dans les trois mois suivant la naissance ou la date d'arrivée de l'enfant dans le foyer.

Description des garanties

2

Article 4 – Formules de garanties

Vous avez le choix entre plusieurs formules :

- Medium
- Optimum
- Maximum

Le détail de ces différentes formules est défini à l'article « Garanties du contrat ».

Quelle que soit la formule de garanties choisie, vous bénéficiez de garanties d'assistance telles que définies à l'article « Garanties d'assistance ».

Article 5 – Expression des garanties

Les garanties peuvent être exprimées en pourcentage : il s'agit alors de plafonds de remboursement exprimés par rapport aux bases de remboursement de la Sécurité sociale et incluant le remboursement du Régime obligatoire*. Les taux de prise en charge sont ceux en vigueur à la date des soins.

Les garanties peuvent également être exprimées en pourcentage (incluant le remboursement du Régime obligatoire*) et en euros : la prise en charge à hauteur du ticket modérateur* est alors complétée par le versement d'un forfait en euros.

Le contrat de complémentaire santé intervient également, pour certains actes, en l'absence de remboursement du Régime obligatoire*. Pour ces garanties, la prise en charge est exprimée sous forme de forfait en euros par année civile.

En cas de modification(s) en cours d'année de la réglementation portant sur les prestations en nature du régime obligatoire*, nous nous réservons la possibilité d'effectuer les remboursements sur la base des taux et montants appliqués antérieurement à cette ou ces modification(s).

Article 6 – Garanties du contrat

Pour les actes hors parcours de soins*, les remboursements effectués au titre du contrat 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 garanties du contrat présentées ci-dessous peuvent varier en fonction de la formule que vous aurez choisie. Le détail des garanties par formule est présenté dans le « Tableau des garanties par formule » ci-après.

Actes de Prévention

Ce qui est couvert :

Quelle que soit la formule souscrite, nous prenons en charge tous les actes de prévention remboursés par le Régime obligatoire*, à hauteur du ticket modérateur*.

Appareillage

Ce qui est couvert :

Nous prenons en charge, selon les conditions prévues par la formule de garanties souscrite :

- les appareils acoustiques,
- les autres appareils et prothèses inscrits à la LPP* **à l'exception des prothèses dentaires et optiques dont les conditions de prises en charge sont décrites dans les paragraphes « Dentaire » et « Optique » ci-dessous.**

Cures Thermales

Ce qui est couvert :

Sous réserve d'un remboursement des honoraires de médecine thermique par la Sécurité sociale, nous prenons en charge les frais énumérés ci-après **dans la limite des taux précisés par votre formule de garantie :**

- les frais de transport (billet de train ou en cas de déplacement en véhicule personnel : forfait kilométrique en fonction de la puissance fiscale du véhicule de l'assuré* et selon les barèmes de la Sécurité sociale en vigueur, ainsi que les éventuels frais de péage),
- les frais d'hébergement (frais divisés en fonction du nombre de curistes hébergés),
- les dépassements d'honoraires*.

Ce qui est exclu :

- **Les soins complémentaires et les soins de confort non prévus dans le forfait thermal.**

Dentaire

Ce qui est couvert :

- les actes et soins dentaires,
- l'orthodontie remboursée par le Régime obligatoire*, les prothèses et les implants.

Ces garanties sont accordées dans la limite des plafonds prévus par votre formule de garanties. Lorsque le versement d'un forfait est prévu, celui-ci s'ajoute au remboursement éventuel du Régime obligatoire*, **dans la limite des frais réels.**

Le forfait « Implants » couvre les frais engagés pour les implants, les prothèses associées non prises en charge par le Régime obligatoire*, la chirurgie et la radiologie associée. **La prise en charge est valable une seule fois pour une même dent remplacée.**

Le remboursement des implants et des prothèses associées est soumis à accord préalable de notre service médical. Les éléments suivants doivent lui être communiqués :

- devis détaillé complet en cours de validité ou datant de moins de 6 mois, chiffré, avec indication du numéro des dents et spécifiant si une chirurgie est envisagée avant la pose de l'implant,
- radio panoramique, à l'exclusion de toute autre radio, avant le début du traitement, complétée éventuellement par un dentascan sur demande du service médical,
- le cas échéant, radio panoramique après la pose de l'implant, préalablement à l'accord de règlement.

Plafond global annuel :

Les garanties « Orthodontie » et « Prothèses et implants » sont accordées dans la limite d'un plafond global, exprimé en pourcentage de la base de remboursement de la Sécurité sociale et complété d'un montant en euro. **Ce plafond s'applique par assuré* et par année (calculée de date à date à compter de la date d'anniversaire du contrat*). Au-delà de ce plafond, seul le ticket modérateur* est remboursé.**

Pour l'application de ce plafond, la date de référence pour la prise en charge de prothèses dentaires est la date de pose. Concernant l'orthodontie, la date de référence est la date de début de traitement.

Dispositif de fidélisation*

La garantie « Dentaire » entre dans le cadre du dispositif de fidélisation* : le plafond global annuel (montant en euros uniquement) est doublé si **au cours des deux années précédant** la demande de remboursement, les forfaits « Orthodontie » et « Prothèses et implants » n'ont pas été entamés (aucun remboursement d'orthodontie ou de remboursement d'implants ou de prothèses). Le plafond global annuel reste majoré tant que ces forfaits ne sont pas utilisés par l'assuré*, cette utilisation entraînant le retour au niveau initial à la prochaine date d'anniversaire du contrat*.

Toute prestation réglée, à l'assuré* ou directement au professionnel de santé, entraînant une utilisation des forfaits, même partielle, ne permet pas de bénéficier du dispositif de fidélisation* l'année suivante.

La notion d' « années précédentes » s'apprécie de date à date à compter de la date d'anniversaire du contrat*.

Limite : le doublement du plafond global constitue un plafond maximum.

Exemples de calcul du plafond en « formule Optimum » :

ANNEES	Du 1 ^{er} mai 2015 au 30 avril 2016			Du 1 ^{er} mai 2016 au 30 avril 2017			Du 1 ^{er} mai 2017 au 30 avril 2018		
Date d'effet du contrat	Montant du plafond	Montant soins	Solde	Montant du plafond	Montant soins	Solde	Montant du plafond	Montant soins	Solde
01/05/2015	700 €	Aucun	700 €	700 €	Aucun	700 €	1 400 €	1 300 €	100 €
01/05/2015	700 €	Aucun	700 €	700 €	Aucun	700 €	1 400 €	Aucun	1 400 €
01/05/2015	700 €	650 €	50 €	700 €	600 €	100 €	700 €	Aucun	700 €

ANNEES	Du 1 ^{er} mai 2018 au 30 avril 2019			Du 1 ^{er} mai 2019 au 30 avril 2020		
Date d'effet du contrat	Montant du plafond	Montant soins	Solde	Montant du plafond	Montant soins	Solde
01/05/2015	700 €	700 €	0 €	700 €	500 €	200 €
01/05/2015	1 400 €	1 400 €	0 €	700 €	650 €	50 €
01/05/2015	700 €	Aucun	700 €	1 400 €	1 400 €	0 €

Hospitalisation

Ce qui est couvert :

- les honoraires médicaux ou chirurgicaux,
 - les frais de séjour,
 - les frais de transport,
 - le forfait journalier hospitalier*,
 - la participation forfaitaire* appliquée sur les actes diagnostiques et thérapeutiques dont le tarif est égal ou supérieur à 120 €, ou ayant un coefficient égal ou supérieur à 60,
- Cette garantie couvre les soins et prestations* correspondant à une période durant laquelle le patient est hébergé dans un établissement hospitalier, public ou privé, installé physiquement dans un lit **et qu'il y passe au moins une nuit**. Elle couvre également le forfait journalier hospitalier* facturé dans le cadre d'une hospitalisation ambulatoire*.

Les soins prodigués en environnement hospitalier par le personnel de l'hôpital sans qu'il y ait hébergement constituent des actes en hospitalisation ambulatoire*. Ils relèvent du paragraphe « Médecine et soins » ci-dessous.

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 également les soins et prestations liés à une hospitalisation prise en charge au titre de l'Hospitalisation A Domicile (HAD) par la Sécurité sociale. Elle comprend :

- les frais facturables à la journée y compris notamment les actes d'auxiliaires médicaux, de sage femme et de biologie,
- les honoraires des médecins libéraux,
- les dépenses d'imagerie,
- les séances de chimiothérapie,
- les actes de dialyse,
- les produits pharmaceutiques particuliers figurant sur la liste des médicaments facturables en sus des prestations d'hospitalisation.

Ce qui est exclu :

- **les séjours en établissements médico-sociaux*, dans les maisons de retraite ou longs séjours* (y compris en établissement hospitalier).**

Médecine et soins

Ce qui est couvert :

- les honoraires de consultation, de visites et les soins prodigués par des médecins généralistes et spécialistes : pour les formules Optimum et Maximum, la prise en charge de ces honoraires est différente selon que le médecin consulté est ou non adhérent au Contrat d'Accès aux Soins (CAS)*,
- les visites et les soins prodigués par des auxiliaires médicaux*,
- les actes de chirurgie et de spécialité hors hospitalisation,
- les analyses de laboratoire,
- la radiologie: pour les formules Optimum et Maximum, la prise en charge de ces frais est différente selon que le médecin radiologue consulté est ou non adhérent au Contrat d'Accès aux Soins (CAS)*,
- les médicaments remboursés par le Régime obligatoire* à 65% (PH7) et 30% (PH4),
- l'automédication (uniquement dans le cadre de la formule Maximum et dans la limite d'un forfait par assuré* et par année, calculée de date à date à compter de la date d'anniversaire du contrat*).

Ce qui est exclu :

- **Les médicaments remboursés par le Régime obligatoire* à 15%.**

Optique

Ce qui est couvert :

- les lentilles prises en charge ou non prises en charge par le Régime obligatoire*,
- l'équipement optique, soit une monture et deux verres : le montant de la prise en charge de l'équipement varie en fonction de la formule souscrite et de la complexité du verre prescrit : simple, complexe ou hypercomplexe. **La prise en charge de la monture est limitée à 150 €.**

Sont considérés comme :

- verres simples les verres dont la sphère est comprise entre - 6.00 et + 6.00 de dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4.00 dioptries,
- verres complexes les verres dont la sphère est hors zone de - 6.00 à + 6.00 de dioptries ou dont le cylindre est supérieur à + 4.00 de dioptries ainsi que les verres multifocaux ou progressifs,
- verres hypercomplexes les verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est hors zone de -8,00 à +8,00 ou à verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est hors zone de -4,00 à +4,00...

Limite de la garantie « équipement optique » :

Quelle que soit la formule souscrite, le nombre d'équipement optique pris en charge est limité à un tous les deux ans sauf pour les enfants de moins de 18 ans ou en cas de renouvellement justifié par une évolution de la vue. Dans ces deux cas, le nombre d'équipement optique pris en charge est limité à un tous les ans. Le point de départ de la période correspond à la date à partir de laquelle l'assuré* bénéficie de sa formule de garanties.

Dispositif de fidélisation*

La garantie « Optique » entre dans le cadre du dispositif de fidélisation* : le forfait initial (montant en euros uniquement) est doublé si **au cours de l'année précédant** la demande de remboursement, ledit forfait n'a pas été entamé. Le forfait reste majoré tant qu'il n'est pas utilisé par l'assuré*, cette utilisation entraînant le retour au niveau initial à la prochaine date d'anniversaire du contrat*.

Toute prestation réglée, à l'adhérent ou directement au professionnel de santé, entraînant une utilisation du forfait, même partielle, ne permet pas de bénéficier du dispositif de fidélisation* l'année suivante.

La notion d'« années précédentes » s'apprécie de date à date à compter de la date d'anniversaire du contrat*.

Exemples d'utilisation du forfait « Equipement verres simples » en formule Maximum :

ANNEES	Du 1 ^{er} mai 2015 au 30 avril 2016			Du 1 ^{er} mai 2016 au 30 avril 2017			Du 1 ^{er} mai 2017 au 30 avril 2018		
Date d'effet du contrat	Montant du forfait	Montant soins	Solde	Montant du forfait	Montant soins	Solde	Montant du forfait	Montant soins	Solde
1 ^{er} mai 2015	200 €	Aucun	200 €	400 €	400 €	0 €	200 €	120 €	80 €
1 ^{er} mai 2015	200 €	100 €	100 €	200 €	Aucun	200 €	400 €	400	0 €

ANNEES	Du 1 ^{er} mai 2018 au 30 avril 2019			Du 1 ^{er} mai 2019 au 30 avril 2020		
Date d'effet du contrat	Montant du forfait	Montant soins	Solde	Montant du forfait	Montant soins	Solde
1 ^{er} mai 2015	200 €	Aucun	200 €	400 €	400 €	0 €
1 ^{er} mai 2015	200 €	Aucun	200 €	400 €	400 €	0 €

Limite : le doublement du forfait initial constitue un plafond maximum.

Tableau des garanties par formule

Le tableau de garanties indique les plafonds de remboursement des dépenses de santé effectuées par l’assuré* ayant respecté le parcours de soins*. Ces remboursement sont effectués en excluant la participation forfaitaire* et la franchise annuelle* de l’assuré* qui reste à sa charge et dans la limite des dépenses engagées par l’assuré* conformément à la loi.

Les pourcentages de ce tableau sont des plafonds exprimés par rapport aux bases de remboursement de la Sécurité sociale en incluant son remboursement. Les garanties exprimées en euros correspondent au remboursement de la mutuelle uniquement. Le remboursement de la Sécurité sociale s’ajoute à ces montants, le cas échéant. Les forfaits s’entendent par assuré*.

	Médium	Optimum	Maximum
Hospitalisation Médicale et Chirurgicale prise en charge par le Régime obligatoire*			
Actes de chirurgie et de spécialité : - médecins adhérents au Contrat d’Accès aux Soins* - médecins non adhérents au Contrat d’Accès aux Soins*	100 % 100 %	150 % 125 %	175 % 150 %
Frais de transport	100 %	125 %	150 %
Séjour	100 %	125 %	150 %
Forfait journalier hospitalier	illimité	illimité	illimité
Transport Hors Hospitalisation	100 %	125 %	150%
Dentaire (1) (évaluation de la prise en charge du Régime obligatoire* et du contrat sur simple demande en transmettant à Macif-Mutualité préalablement à tous travaux dentaires un devis)			
Orthodontie remboursée par le régime obligatoire*	100 % + 200 €	100 % + 700 €	100 % + 1 200 €
Prothèse et implant (l’unité)	100 % + 60 €	100 % + 200 €	100 % + 250 €
Dans la limite d’un plafond global de : (2)	100 % + 200 €	100 % + 700 €	100 % + 1 200 €
Actes et soins	100 %	125 %	150 %
Optique (1)			
Equipement verres simples	100% + 50 €	100% + 120 €	100% + 200 €
Equipement verres complexes ou hypercomplexes	100% + 200 €	100% + 230 €	100% + 260 €
Equipement verre simple + verre complexe/ hypercomplexe	100% + 125 €	100% + 175 €	100% + 230 €
Dans la limite de 150 € pour la monture. Le nombre d’équipement (1 monture + 2 verres) est limité à un équipement tous les deux ans sauf pour les enfants de moins de 18 ans ou en cas de renouvellement justifié par une évolution de la vue où le nombre d’équipement est limité à un tous les ans. Le point de départ de la période correspond à la date à partir de laquelle l’assuré* bénéficie de sa formule de garanties.			
Lentilles prises en charge par le Régime obligatoire*	100% + 50 €	100% + 120 €	100% + 200 €
Lentilles non prises en charge par le Régime obligatoire*	50 €	120 €	200 €
Appareillage et Prothèses			
Appareil acoustique	100 %	125%	150 %
Autres appareils et prothèses	100 %	125 %	150 %
Médecine – Soins			
Consultations – Visites - médecins adhérents au Contrat d’Accès aux Soins* - médecins non adhérents au Contrat d’Accès aux Soins*	100 % 100 %	150 % 125 %	175 % 150 %
Actes de Chirurgie et de Spécialité Hors Hospitalisation - médecins adhérents au Contrat d’Accès aux Soins* - médecins non adhérents au Contrat d’Accès aux Soins*	100 % 100 %	150 % 125 %	175 % 150 %
Pharmacie remboursée à 65% et à 30% (PH7 et PH4)	100 %	100 %	100 %
Forfait automédication (3)	non	non	20 €
Auxiliaires médicaux*	100 %	125 %	150 %
Analyses de laboratoire	100 %	125 %	150 %
Radiologie y compris produits pour examen - médecins adhérents au Contrat d’Accès aux Soins* - médecins non adhérents au Contrat d’Accès aux Soins*	100 % 100 %	150 % 125 %	175 % 150 %
Cures Thermales prises en charge par le régime obligatoire*			
Honoraires de cures thermales Forfait thermal pour soins Transport et hébergement	100 % 100 % 100 %	125 % 100 % 100 %	150 % 100 % 100 %
Actes de prévention	100 %	100 %	100 %

(1) Forfait par année(s) (date d’anniversaire du contrat*) selon les dispositions prévues par le dispositif de fidélisation* définis à l’article « Garanties du contrat »
(2) Pour les garanties « Orthodontie » et « Prothèses et implants », les forfaits sont accordés dans la limite d’un plafond global par année(s) (date d’anniversaire du contrat). Au-delà de ce plafond, seul le ticket modérateur est pris en charge..
(3) Forfait global par assuré* et par année (date d’anniversaire du contrat*)

Article 7 – Garanties d'assistance

Les garanties d'assistance de Macif Assistance sont assurées par IMA Assurances.

A – Assistance à domicile

Les garanties décrites dans le tableau ci-dessous sont mises en œuvre **en cas d'accident ou de maladie subite** de l'assuré* entraînant une hospitalisation ou une immobilisation à domicile non programmée. L'hospitalisation ou l'immobilisation à domicile est considérée comme non programmée dès lors que l'assuré* n'en a connaissance que dans les 7 jours qui la précèdent.

Evénements	Garanties
- Hospitalisation d'une durée supérieure à 2 jours - ou - immobilisation au domicile d'une durée supérieure à 5 jours, de l'adhérent* ou de son conjoint*	● Présence d'un proche au chevet Organisation et prise en charge du déplacement A/R d'un proche en France métropolitaine. Organisation et prise en charge de 2 nuits d'hébergement dans la limite de 100 €. ● Intervention d'une aide à domicile Dès le premier jour ou au retour au domicile, mise à disposition d'une aide à domicile. Minimum de 2 heures par jour dans la limite ⁽¹⁾ de 30 heures réparties sur une période maximale d'un mois ● Transfert et garde d'animaux familiers Organisation et prise en charge du transport et/ou hébergement des chats et/ou chiens vivant au domicile de l'assuré* sur une période maximale d'un mois
- Hospitalisation (sans condition de durée) - ou - immobilisation au domicile d'une durée supérieure à 5 jours, de l'adhérent* ou de son conjoint*	● Prise en charge des ascendants vivant au domicile Organisation et prise en charge du déplacement A/R d'un proche OU du transfert chez un proche en France métropolitaine Si cette solution ne saurait convenir, organisation et prise en charge la garde à domicile dans la limite ⁽¹⁾ de 30 heures réparties sur une période maximale d'un mois. ● Prise en charge de vos enfants ou de vos petits-enfants âgés de moins de 16 ans Organisation et prise en charge d'une des prestations suivantes : - déplacement A/R d'un proche en France métropolitaine - OU déplacement A/R des enfants ou petits-enfants et de l'adulte qui les accompagne au domicile d'un proche en France métropolitaine. <i>En cas d'indisponibilité d'un accompagnateur, l'accompagnement est assuré par un prestataire conventionné.</i> - OU lorsque aucun proche ne peut se rendre disponible, conduite à l'école par un prestataire 1 fois par jour dans la limite ⁽¹⁾ de 5 jours répartis sur une période maximale d'un mois Dans l'hypothèse ou l'une de ces solutions ne saurait convenir, organisation et prise en charge la garde des enfants chez une assistance maternelle ou au domicile dans la limite ⁽¹⁾ de 30 heures réparties sur une période maximale d'un mois. <i>Cette garantie peut être complétée par l'accompagnement A/R des enfants ou petits-enfants à l'école.</i>
Immobilisation au domicile d'un enfant ou petit-enfant d'une durée supérieure à 2 jours	● Garde des enfants malades ou blessés Organisation et prise en charge d'une des prestations suivantes : - déplacement A/R d'un proche en France métropolitaine OU - garde des enfants malades par un prestataire dans la limite ⁽¹⁾ de 30 heures réparties sur une période maximale d'un mois.

**Immobilisation au domicile
d'un enfant d'une durée d'au
moins 2 semaines**

- **Ecole à domicile**

Soutien pédagogique dans l'année scolaire en cours (pour les enfants du primaire au secondaire) jusqu'à la reprise des cours **dans la limite ⁽¹⁾ de 3 heures par jour ouvré (hors vacances scolaires).**

⁽¹⁾ Le nombre d'heures nécessaires sera évalué par Macif Assistance en fonction de la situation personnelle de l'assuré*. Il pourra donc être inférieur au plafond indiqué.

Evénements	Garanties
Sur simple demande de l'assuré*	● Prestations médicales Hors urgence médicale en cas d'absence ou d'indisponibilité du médecin traitant, l'assuré* peut bénéficier de : - conseils médicaux, - recherche d'un médecin, d'une infirmière ou d'intervenants paramédicaux, - organisation, sur prescription médicale du transport en ambulance ou véhicule sanitaire léger (VSL) entre le domicile et l'établissement de soins. - livraison de médicaments. Le prix des médicaments reste à la charge de l'assuré*.
A la suite d'une maladie ou d'un accident corporel affectant un assuré*	● Service d'information téléphonique sur les démarches administratives et sociales : organismes sociaux, démarches auprès de l'employeur, caisses d'allocation familiales, aide sociale, aide aux handicapés

Les transports de personnes prévues dans ces garanties s'effectuent en taxi, train 1^{ère} classe ou avion de ligne classe économique.

B – Assistance obsèques

L'assuré* et ses proches peuvent recourir à l'assistance obsèques.

Evénements	Garanties
Décès d'un assuré*	● Aide à l'organisation des obsèques Sur demande des proches, aide à l'organisation des obsèques (en liaison avec les prestataires). Les proches peuvent également bénéficier d'une avance de frais remboursable dans un délai de 30 jours
Décès de l'adhérent* ou de son conjoint*	● Transfert et garde des animaux domestiques, ● Aide à domicile, ● Prise en charge des ascendants ● Prise en charge des enfants ou petits-enfants Voir modalités d'application de ces garanties dans le tableau des garanties d'assistance à domicile.

C – Mise en œuvre des garanties d'assistance

Les services de Macif Assistance sont accessibles 24h/24h à la suite d'un appel émanant de l'assuré* ou d'un de ses proches au numéro communiqué par la mutuelle.

Sauf cas fortuit ou cas de force majeure, **le bénéficiaire dispose d'un délai de 7 jours suivant l'événement générateur pour contacter Macif Assistance et demander la mise en place des garanties.**

Les garanties sont mises en œuvre par Macif Assistance ou en accord préalable avec elle. Ces garanties ne doivent aucunement se substituer aux interventions des services publics ni aux prestations* dues par les organismes sociaux et les employeurs. Elles ne peuvent également se substituer à la solidarité naturelle des proches.

Macif Assistance ne sera pas tenue responsable des manquements ou contretemps à l'exécution de ses obligations qui résulteraient de cas de force majeure ou d'événements tels que pandémie, guerre civile ou étrangère, révolution, mouvement populaire, émeute, grève, saisie ou contrainte par la force publique, interdiction officielle, piraterie, explosion d'engins, effets nucléaires ou radioactifs, empêchements climatiques.

En cas de fausse déclaration de l'assuré* ou de non remboursement d'une avance de frais, les faits seront portés à la connaissance de la mutuelle.

Article 8 – Services

Délai de remboursement garanti

Les prestations sont remboursées en moins de 48h à réception du dossier complet (délais de poste et bancaire non compris). Chaque assuré* de plus de 16 ans peut percevoir ses prestations* sur son propre compte bancaire. Pour cela, vous devez nous communiquer le RIB et indiquer le bénéficiaire concerné.

Dispense d'avance de frais

Nous sommes présents sur les 95 départements métropolitains et garantissons l'intégralité de nos services de tiers payant* sur plus de 90 % du territoire.

Pour toute dispense d'avance de frais, notamment en soins dentaires, en optique ou en hospitalisation, vous devez effectuer une demande de prise en charge auprès de nos services, avant d'effectuer les soins. Nous adresserons directement au professionnel de santé le paiement correspondant à votre formule de garanties.

Service Aide auditive

Le Code de la Sécurité sociale oblige les audioprothésistes à remettre un devis détaillé avant l'achat de prothèses auditives. Nous nous engageons, sur présentation de ce devis en cours de validité (ou datant de moins de 6 mois) et des éventuels justificatifs, à fournir gratuitement à l'assuré* une information préalablement à l'acquisition d'un équipement auditif :

- Montant pris en charge par le Régime obligatoire*,
- Montant pris en charge au titre du contrat,
- Montant restant à charge de l'assuré*.

Service Dentaire

La Convention Nationale des Chirurgiens Dentistes oblige le dentiste à remettre un devis détaillé en cas de travaux prothétiques. Nous nous engageons, sur présentation d'un devis en cours de validité (ou datant de moins de 6 mois) et des éventuels justificatifs selon les cas, à fournir gratuitement à l'assuré* une information préalablement à la réalisation des travaux :

- Montant pris en charge par le Régime obligatoire*,
- Montant pris en charge au titre du contrat,
- Montant restant à charge de l'assuré*.

Service Optique

Nous nous engageons à fournir gratuitement à l'assuré* une information préalablement à la réalisation d'un équipement d'optique. Sur présentation de votre prescription médicale et du devis de votre opticien ou du fournisseur de biens médicaux en cours de validité ou datant de moins de 6 mois, vous pouvez bénéficier d'une prise en charge de vos frais sans attendre le remboursement du Régime obligatoire*. Nous adresserons directement au professionnel le montant prévu par votre formule de garanties.

Article 9– Subrogation

Conformément aux dispositions de l'article L 224-9 du Code de la mutualité, nous sommes subrogés de plein droit dans les droits et actions de l'assuré* contre le tiers tenu à réparation, que la responsabilité du tiers soit entière ou partagée.

Cette subrogation s'exerce dans la limite des dépenses que nous aurons exposées, à due concurrence de la part d'indemnité mise à la charge du tiers qui répare l'atteinte physique de l'assuré*. Afin de permettre à Macif-Mutualité de pouvoir exercer son droit à subrogation, l'assuré ou ses ayants droit s'engagent à déclarer à Macif-Mutualité tout accident dont il est victime.

Article 10 – Limitations de garanties et exclusions

Assurances cumulatives

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

Exclusions de garanties

Ne donnent pas lieu aux garanties définies au contrat et n'entraînent aucun paiement au titre du contrat:

- **En application des articles L871-1 et R871-1 et 871-2 du Code de la Sécurité sociale définissant le « contrat responsable » :**
 - **la participation forfaitaire* (article L 322-2 du Code de la sécurité sociale),**
 - **la franchise forfaitaire mentionnée au III de l'article L322-2 du Code de la Sécurité sociale,**
 - **la majoration de la participation appliquée par le Régime obligatoire* à l'assuré* (ticket modérateur) lorsqu'il ne respecte pas le parcours de soins* coordonnés. Cette majoration peut être appliquée par le Régime obligatoire* dans les cas suivants :**
 - **il n'a pas choisi son médecin traitant* (article L 162-5-3 alinéa 5 du Code de la sécurité sociale),**
 - **il consulte un autre médecin sans prescription dudit médecin traitant* (article L162-5-3 alinéa 5 du Code de la sécurité sociale),**
 - **il refuse, lors d'une consultation ou d'une hospitalisation, au professionnel de santé auquel il a recours, l'accès à son dossier médical personnel ou sa mise à jour (article L 161-36-2 alinéa 2 du Code de la sécurité sociale).**
 - **tous les dépassements d'honoraires pratiqués par les médecins, lorsque l'assuré* ne respecte pas le parcours de soins* instauré par la loi du 13 août 2004.**

Limite des remboursements

L'assuré* ne peut en aucun cas obtenir des remboursements supérieurs aux frais réellement exposés (article 9 de la loi n°89-1009 du 31 décembre 1989). Lesdits remboursements ne peuvent par ailleurs excéder le montant maximal des remboursements complémentaires prévus au tableau de garanties.

En outre, et sauf exceptions inscrites dans le tableau des garanties, les frais de santé ne donnant pas lieu à prise en charge au titre du Régime obligatoire* de l'assuré* n'ouvrent pas droit à un remboursement complémentaire.

Aucune prestation* n'est due pour des soins réalisés après la date de résiliation du contrat.

Les soins de toutes natures dont la date d'exécution se situe avant la date d'effet du contrat, ne peuvent donner lieu à intervention.

Cependant, sous réserve d'une précédente couverture sans interruption d'assurance, nous interviendrons dans les deux hypothèses suivantes :

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

La prise en compte de la précédente couverture est subordonnée à la production d'un certificat de radiation.

Article 11 – Territorialité des garanties

Nous intervenons pour les soins effectués en France (Départements et Régions d'Outre-mer inclus). De même, nous intervenons pour les soins effectués hors de France sous réserve qu'ils soient pris en charge par le Régime obligatoire*. Les remboursements sont effectués en France et en euros, sur la base des taux de remboursement du régime général français.

L'adhésion au contrat est annuelle et expire le 31 décembre de chaque exercice. Elle se renouvelle chaque année au 1^{er} janvier par tacite reconduction.

Article 12 – Modification de la formule choisie

Lorsque la formule demandée est d'un niveau supérieur à celle choisie précédemment, le changement de formule ne pourra prendre effet qu'à partir du 1^{er} jour du mois suivant la date de cette demande.

Lorsque la formule demandée est d'un niveau inférieur à celle choisie précédemment, la demande ne peut être prise en compte qu'au terme d'une durée minimum d'application de la précédente formule de douze mois consécutifs et échus, et prend effet à partir du 1^{er} jour du mois suivant la date de cette demande.

Article 13 – Cessation des garanties

Les garanties cessent :

- sur simple demande de votre part par lettre recommandée avec accusé de réception moyennant un préavis de 2 mois avant le 31 décembre,
- en cas de non-paiement d'une cotisation* ou d'une fraction de cotisation* selon les dispositions prévues à l'article « Non paiement des cotisations »,
- si vous n'êtes plus couvert par un régime obligatoire français d'assurance maladie,
- si vous apportez la preuve que décision unilatérale de votre employeur, un accord d'entreprise ou une convention collective impose votre affiliation obligatoire à un autre organisme. Dans ce cas, la résiliation sera effective au premier jour du mois qui suit la réception de la demande écrite.
- en cas de survenance d'un des événements suivants :
 - changement de domicile,
 - changement de situation matrimoniale,
 - changement de régime matrimonial,
 - changement de profession, retraite professionnelle ou cessation définitive d'activité professionnelle,

lorsque celui-ci est en relation directe avec l'objet de la garantie. Dans ce cas, la résiliation ne peut intervenir que si vous nous informez dans les trois mois suivant la date de l'événement et ne prend effet qu'un mois après la réception de la notification.

Article 14 – Paiement des cotisations

Vous êtes tenu au paiement des cotisations annuellement et d'avance, selon les modalités prévues par le paragraphe « Modalités de règlement des cotisations » ci-dessous. Pour la première période d'assurance, la cotisation est calculée proportionnellement au temps qui reste à s'écouler jusqu'à la veille de l'échéance annuelle.

Les cotisations sont fixées par année civile et par assuré*, en fonction des critères suivants :

- la classe d'âge dans laquelle se situe l'assuré*. L'âge de l'assuré* est calculé par différence de millésime entre l'année d'échéance de la cotisation et l'année de naissance moins une année. Par exemple, pour une personne née en 1965, la classe d'âge prise en compte pour le calcul de sa cotisation 2015 sera déterminée comme suit : $(2015-1965) - 1 = 49$ ans,
- votre zone de domiciliation (adresse postale figurant dans la demande d'assurance, une seule adresse étant possible),
- la formule de garanties choisie,
- le régime social de l'assuré*.

Les classes d'âge sont les suivantes :

Moins de 25 ans	De 55 à 59 ans
De 25 à 29 ans	De 60 à 64 ans
De 30 à 34 ans	De 65 à 69 ans
De 35 à 39 ans	De 70 à 74 ans
De 40 à 44 ans	De 75 à 79 ans
De 45 à 49 ans	De 80 à 84 ans
De 50 à 54 ans	Plus de 85 ans

Article 15 – Modalités de règlement des cotisations

Le versement de la première échéance mensuelle est effectué au moment de la souscription en ligne, par carte bancaire.

Les échéances suivantes sont prélevées de façon automatique sur le compte bancaire que vous aurez transmis selon les modalités que vous aurez choisies lors de votre adhésion.

Article 16 – Non-paiement des cotisations

A défaut de paiement d'une cotisation ou d'une fraction de cotisation dans un délai de 10 jours suivant la date d'échéance, et indépendamment de notre droit de poursuivre l'exécution de l'engagement contractuel en justice, nous vous adressons, à votre dernier domicile connu, une lettre recommandée de mise en demeure vous informant que :

- les garanties du contrat d'assurance seront suspendues 30 jours après l'envoi de cette lettre, si la cotisation est restée impayée,
- le contrat sera résilié de plein droit, sans aucune autre formalité, 10 jours après l'expiration du délai précédent de 30 jours, si la cotisation est toujours impayée.

Article 17 – Ajustement et révision des cotisations

Le montant des cotisations* est réexaminé par Macif-Mutualité en fin d'année. Le changement du montant de la cotisation* vous est notifié et prend effet le 1er janvier de l'année N + 1.

Nous pouvons également modifier à tout moment le montant des cotisations* en fonction de l'évolution de la réglementation et notamment celle relative à la Sécurité sociale.

Une modification d'adresse, entraînant un changement de zone tarifaire, peut également engendrer une hausse ou une baisse de la cotisation* qui vous sera alors notifiée.

Article 18 – Conditions de versement des prestations

A - Déclaration des sinistres

Pour bénéficier des prestations, les assurés* sont tenus de nous fournir les déclarations et pièces justificatives originales notamment :

- l'original du décompte de la Sécurité sociale dans le cas où cette dernière n'aurait pu procéder à sa télétransmission au centre de gestion,
- l'original de la prescription médicale s'agissant des frais non susceptibles d'ouvrir droit à un remboursement de la Sécurité sociale,
- en tant que besoin, lorsque les frais sont supérieurs au tarif retenu par la Sécurité sociale pour le calcul de sa prestation, l'original de la facture détaillée (acte par acte) et acquittée,
- en tant que besoin, pièces justificatives de la qualité d'ayant droit, si elles n'ont pas été transmises antérieurement à la demande de règlement,
- s'agissant d'une naissance, la photocopie de la page du livret de famille concernant l'enfant en question ou, dans le cas d'adoption plénière, la photocopie de l'acte y afférent,
- à la demande du centre de gestion, la traduction des documents utiles au remboursement éventuel des soins effectués à l'étranger.

Les frais liés à l'obtention des pièces justificatives nécessaires au versement des prestations sont à la charge du ou des assurés*.

En cas de déclaration frauduleuse de sinistre, nous ne sommes redevables d'aucune prestation même pour la part correspondant le cas échéant à un sinistre réel.

B - Expertise médicale

Nous pouvons faire procéder à tout moment par un médecin que nous désignons, au contrôle médical de l'assuré* qui formule des demandes ou bénéficie de prestations au titre des garanties prévues au contrat, lorsque ces prestations* sont liées à l'état de santé.

Si l'assuré* se refuse à un contrôle médical ou si, ne nous ayant pas notifié son changement d'adresse, il ne peut être joint, les garanties et les prestations sont suspendues à son égard, après envoi d'une mise en demeure adressée au dernier domicile connu figurant au dossier de l'assuré*.

Si le résultat de l'examen médical effectué est contesté par le médecin de l'assuré*, il est fait appel à un troisième praticien pour les départager. A défaut d'entente sur la désignation de ce dernier, le choix sera fait, à notre diligence, par le Président de l'Ordre Départemental des Médecins dans le ressort duquel se trouve le domicile de l'assuré*, parmi la liste des médecins experts agréés auprès de la Cour d'appel du même ressort.

Chaque partie supporte les honoraires et frais du médecin qu'elle a désigné et supportera par moitié ceux du troisième.

Si les conclusions du contrôle médical conduisent à une remise en cause de l'attribution des prestations, leur versement cessera dès notification à l'intéressé par lettre recommandée avec accusé de réception. Les sommes indûment versées à l'assuré* devront nous être restituées.

Article 19 – Ajustement et révision des garanties

Nous pouvons modifier à tout moment le montant des garanties en fonction notamment de l'évolution de la réglementation et en particulier celle relative à la Sécurité sociale.

Le changement du montant des garanties vous est alors notifié.

Article 20 – Délai de renonciation

A compter de la date d'effet de votre adhésion, vous disposez d'un délai de 30 jours pour revenir sur votre décision.

Dans ce cas, il vous suffit de nous adresser une lettre recommandée avec accusé de réception établie selon le modèle suivant :

*« Je soussigné (nom, prénom, adresse, n° d'adhérent) déclare renoncer à la souscription de mon contrat de complémentaire santé souscrit en date du...
Date et signature ».*

Vous devrez retourner les cartes mutualistes qui vous auront été adressées.

Les cotisations* payées vous seront intégralement remboursées dans un délai maximum de 30 jours à compter de la réception de cette lettre, sous déduction des prestations* éventuellement versées durant cette période.

Article 21 – Prescription

Pour être recevable, toute demande de prestations* doit être présentée dans les 2 ans suivant la date d'indemnisation ou de remboursement par le Régime obligatoire*, ou la date de réception du ticket modérateur*, ou la date de l'événement à indemniser.

Par ailleurs, toute action dérivant du présent contrat est prescrite par 2 ans, à partir de l'événement qui y donne naissance. Toutefois, le délai de prescription ne court que du jour où l'assuré* a eu connaissance du sinistre, s'il prouve qu'il l'a ignoré jusque-là. De même, le délai ne court en cas de réticence, omission, déclaration fausse ou inexacte sur le risque couru, du fait de l'assuré, que du jour où la Mutuelle en a eu connaissance.

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 avec accusé de réception adressée 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 par l'adhérent* à la mutuelle et ayant pour objet le règlement de l'indemnité.

La prescription peut, en outre, être suspendue dans l'un des cas suivants :

- lorsque la personne se trouve dans l'impossibilité d'agir ou qu'elle est mineure,
- lorsque l'assureur lésé prend la direction du procès,
- lorsqu'une demande d'instruction est demandée par le juge avant tout procès.

Article 22 - Réclamations

- Pour les garanties santé :

Vous avez la possibilité de contacter le responsable du service qualité du Centre de gestion, 20 rue de la Broche, CS 30000, 79077 Niort cedex 9, pour obtenir une réponse à toute réclamation concernant le présent contrat.

Si la solution proposée ne correspond pas à vos attentes : nous vous orientons vers notre commission de recours interne. Adressez votre réclamation écrite à l'attention de la « Commission de recours », aux mêmes coordonnées.

- Pour les garanties d'assistance :

En cas de désaccord sur la mise en œuvre des garanties d'assistance, vous pouvez contacter le Service Consommateur d'IMA Assurances par courrier au 118 avenue de Paris – 79000 Niort – ou par courriel depuis le site www.ima.eu, Espace Particuliers.

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

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

Article 23 – Médiation externe

A l'issue de la procédure de réclamation décrite ci-dessus, si votre litige persiste, vous pouvez saisir le médiateur du GEMA (Groupement des Entreprises Mutuelles d'Assurances) à l'adresse figurant sur le protocole du GEMA (accessible sur le site Internet www.gema.fr).

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



IDMACIF, SAS de courtage d'assurance au capital de 1 000 000 €, immatriculée au RCS de Niort sous le N° 480 078 732 et répertoriée à l'ORIAS sous le N° 08 042 396 (www.orias.fr) . Siège social : 2 et 4 rue Pied de Fond 79000 Niort

Ce contrat de complémentaire santé est assuré par Macif-Mutualité

MACIF-MUTUALITE - Mutuelle régie par le Livre II du Code de la mutualité, adhérente à la Mutualité Française. RNM 779 558 501.
Siège social : Carré Haussmann, 22-28 rue Joubert 75435 Paris cedex 9

