

Garantie Santé



**Note d'information
détaillée**

Assurances
Banque
Santé
Essentiel pour moi



BIENVENUE

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

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

Avec Garantie Santé, vous disposez :

- d'une prise en charge immédiate,
- d'une exonération d'avance de tout ou partie de vos frais grâce au tiers payant,
- de remboursements rapides,
- d'un réseau de professionnels de santé,
- d'une consultation de vos remboursements en ligne,
- de garanties d'assistance pour vous accompagner.

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

Le contrat Garantie Santé est un contrat collectif à adhésion facultative souscrit par :

- la Macif au profit de ses sociétaires, de leur conjoint, descendants ou ascendants,

OU

- l'APPIC (Association pour la Promotion de la Prévoyance Individuelle ou Collective) ou l'ANPPI (Association Nationale de Prévoyance des Professions Indépendantes) au profit de leurs membres professionnels indépendants et de leur conjoint collaborateur.

Il est assuré par Macif-Mutualité ou par Apivia Mutuelle, mutuelles soumises aux dispositions du Livre II du Code de la mutualité et au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudenciel et de Résolution - 4 place de Budapest - CS 92459 - 75436 Paris Cedex 09. Le nom de la mutuelle assurant votre contrat est indiqué sur votre demande d'adhésion. Les garanties d'assistance prévues au contrat sont assurées par IMA Assurances, entreprise soumise au Code des assurances.

Ce contrat, soumis à la loi française, est un contrat solidaire et responsable au sens de l'article L 871-1 du Code de la Sécurité sociale. Il respecte donc le cahier des charges défini aux articles R 871-1 et R 871-2 du même code.

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



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

SOMMAIRE

VOTRE ADHÉSION	3
TABLEAU DES FORMULES ET DES GARANTIES	4 / 7
VOS GARANTIES SANTÉ	8 / 10
VOS REMBOURSEMENTS - MODE D'EMPLOI	11 / 13
LA VIE DE VOTRE CONTRAT	14 / 16
VOS GARANTIES D'ASSISTANCE	17 / 25
ANNEXE - LISTE DES CODES DMT	26 / 27
LEXIQUE	28

EXEMPLES DE REMBOURSEMENTS ET DE SERVICES AVEC GARANTIE SANTÉ

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

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

Grâce à son contrat **Garantie Santé, formule Protectrice 2**, Marie a bénéficié :

- de la prise en charge de ses **frais d'hospitalisation** : forfait journalier hospitalier, honoraires du chirurgien, kinésithérapeute, radiologie, analyses...
- d'un forfait "Chambre Particulière" de 60 € par jour pour plus de confort et un meilleur repos,
- de la prise en charge de ses **frais de transport** en ambulance pour rentrer chez elle,
- de prestations d'assistance :
 - ▶ organisation et prise en charge du déplacement Aller/Retour de sa fille habitant dans le sud de la France,
 - ▶ intervention d'une **auxiliaire de vie** dès son retour au domicile*,
 - ▶ **transport** aux rendez-vous médicaux,
 - ▶ **livraison** des courses et des médicaments.

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

SONIA - 32 ANS / ENCEINTE DE SON PREMIER ENFANT

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

- dès l'annonce de sa grossesse, Sonia a pu utiliser son forfait "Prévention des risques cardio-vasculaires" (40 € par an) pour ses dépenses liées au **sevrage tabagique**. Elle a ainsi pu arrêter de fumer en toute sérénité,
- la prise en charge de sa **Chambre Particulière de 50 € par jour** (qui n'est pas remboursée par la Sécurité sociale) lors de son séjour en maternité,
- le remboursement de ses **médicaments**, y compris ceux **remboursés à 15 %** par la Sécurité sociale,
- de retour chez elle, Sonia est rassurée grâce aux prestations d'assistance dont elle bénéficie :
 - ▶ une **aide ménagère**,
 - ▶ un **intervenant qualifié à son domicile** pour faciliter l'acquisition des premiers gestes liés à la maternité,
 - ▶ des conseils par téléphone relatifs aux nouveau-nés et dispensés par des médecins.
- pour son bien être physique, les **2 séances d'ostéopathie** de Sonia ont été prises en charge dans le cadre de son contrat à raison de **35 € par séance**,
- en déclarant son enfant auprès de sa mutuelle, Sonia a appris avec joie le versement d'une **prime naissance de 100 €**. Elle va en profiter pour acheter un lit parapluie pour les séjours de l'enfant chez ses grands-parents.

CLÉMENT - 22 ANS / ÉTUDIANT

Ayant souscrit la **formule Économique 1 de Garantie Santé**, Clément apprend qu'il doit subir une intervention chirurgicale pour l'extraction de ses 4 dents de sagesse qui le font souffrir. L'intervention se fera en **ambulatoire**. Il bénéficiera ainsi de :

- la prise en charge des **honoraires chirurgicaux**,



- sa mutuelle l'informe qu'il n'est pas obligé d'accepter la **chambre particulière** proposée par l'hôpital (non remboursée dans le cadre de la formule souscrite). Cela lui permettra ainsi de limiter ses frais,

- grâce à sa **carte de tiers payant**, Clément n'aura pas à faire l'avance de ses frais de santé que ce soit à l'hôpital ou à la pharmacie pour ses médicaments remboursés à 65 % par la Sécurité sociale.

La mère de Clément pourra venir de Normandie pour accompagner son fils à l'hôpital et prendre soin de lui. Son **billet Aller/Retour** sera pris en charge.

CONDITIONS D'ADHÉSION

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

- être sociétaire de la Macif, conjoint*, ascendant ou descendant d'un sociétaire ;
- être âgé de plus de 16 ans et avoir la capacité de contracter ;
- résider en France métropolitaine ou dans un département ou une région d'Outre-mer (DOM) ;
- être affilié à un régime obligatoire* français d'assurance maladie.

L'adhésion est possible **sans limite d'âge**. Cependant, au-delà de 70 ans, vous devez justifier d'une couverture complémentaire précédente, sans interruption de garantie au moment de la souscription. Pour cela, vous devez nous remettre un certificat de radiation mentionnant la date de fin de votre précédente couverture fixée à la veille de la date d'effet de l'adhésion.

L'âge de l'assuré* est calculé par différence de millésime entre l'année de prise d'effet de son contrat et son année de naissance moins une année. Par exemple, pour une personne née en 1965, l'âge retenu en 2019 sera déterminé comme suit : (2019-1965) -1= 53 ans.

FORMALITÉS D'ADHÉSION

Vous devez :

- compléter, signer et dater la demande d'adhésion en indiquant la/les formule(s) de garanties souscrite(s) et les éventuels ayants droit que vous souhaitez désigner comme assurés* au titre du contrat ;
- fournir une copie de votre pièce d'identité en cours de validité ainsi qu'une copie de l'attestation de carte Vitale de chacun des assurés*.

En cas de paiement par prélèvement, vous devez également remplir un mandat de prélèvement SEPA et fournir un relevé d'identité bancaire.

L'adhésion n'est soumise à aucun questionnaire médical.

Les membres de votre famille pouvant être désignés assurés*, soit en qualité d'adulte, soit en qualité d'enfant sont :

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

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

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

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

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

La mutuelle concrétise votre adhésion par l'envoi d'une carte de tiers payant* qui prouve votre appartenance à la mutuelle et vous permet de bénéficier du service de tiers payant* auprès des professionnels de santé conventionnés. En application de l'article L.871-1 du code de la Sécurité sociale, le participant et ses ayants droit bénéficient du tiers payant sur les prestations prévues au titre du cahier des charges des contrats responsables, au moins à hauteur des tarifs de responsabilités. Cette carte précise les actes ou prestations pouvant se voir appliquer le tiers payant. Cette carte reste la propriété de Macif-Mutualité.



Si un assuré* est bénéficiaire d'un autre contrat de complémentaire santé, vous devez nous en informer.

PRISE D'EFFET DE VOTRE ADHÉSION

L'adhésion au contrat prend effet à la date figurant sur votre demande d'adhésion et au plus tôt au 1^{er} jour du mois suivant la date de signature de cette demande.

TABLEAU DES FORMULES ET DES GARANTIES

FORMULES "SOINS"



Les remboursements exprimés en pourcentage le sont par rapport aux bases de remboursement de la Sécurité Sociale.
 Exemple pour la formule Économique : consultations médecine générale : remboursement Sécurité sociale (70 %)
 Les remboursements exprimés en euros correspondent au remboursement de la mutuelle seule hors remboursement Sécurité sociale.
 Le tableau de garanties indique les plafonds de remboursement des dépenses de santé effectuées par l'assuré sous franchise annuelle* de l'assuré* qui restent à sa charge et dans la limite des dépenses engagées par l'assuré* dans le cadre du parcours de soins* à l'exception des dépassements d'honoraires qui ne sont pas pris en charge.

	ÉCONOMIQUE
HOSPITALISATION MÉDICALE ET CHIRURGICALE ⁽¹⁾⁽²⁾	
Honoraires chirurgicaux et médicaux	
- médecins adhérents à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée*	100 %
- médecins non adhérents à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée*	100 %
Analyses de laboratoire, radiologie, auxiliaires médicaux*	100 %
Participation forfaitaire* sur les actes techniques égaux ou supérieurs à 120 €	Oui
Frais de transport	100 %
Frais de séjour*	100 %
Forfait journalier hospitalier* illimité	Frais réels
Chambre particulière	-
Chambre accompagnant	-
PRIME NAISSANCE	100 € / enfant
MÉDECINE ET SOINS	
Consultations - visites (médecine générale)	
- médecins adhérents à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée*	100 %
- médecins non adhérents à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée*	100 %
Consultations - visites (médecine spécialiste)	
- médecins adhérents à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée*	100 %
- médecins non adhérents à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée*	100 %
Pharmacie remboursée à 65% (PH7) et à 30% (PH4)	100 %
Pharmacie remboursée à 15% (PH2)	15 % ⁽³⁾
Auxiliaires médicaux*	100 %
Analyses de laboratoire	100 %
Radiologie y compris produits pour examen	100 %
Ostéopathe / Acupuncteur / Diététicien / Chiropracteur / Podologue / Pédicure / Homéopathe / Étiope	-
Transport hors hospitalisation	100 %
Honoraires chirurgicaux en hospitalisation ambulatoire* ou hors hospitalisation	
- médecins adhérents à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée*	100 %
- médecins non adhérents à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée*	100 %
PRÉVENTION	
Actes de prévention et vaccins remboursés par le Régime obligatoire*	100 %
Objets contraceptifs inscrits à la LPP*	100 %
Vaccin antigrippal non remboursé	Oui
Forfaits Prévention / Bien-être ⁽⁵⁾	
- Intimité et vie du couple	50 €
- Activité physique adaptée et prévention des risques cardio-vasculaires	40 €
SOINS DENTAIRES	
Actes et soins dentaires	100 %
Renfort soins d'obturation Inlay/ onlay/ overlay ⁽⁵⁾	-

⁽¹⁾ Sont exclus les séjours en établissement médico-social*, dans les maisons de retraite, dans une unité de soins longue durée (USLD) ou dans un établissement dont le code DMT est listé en annexe.

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

sociale* en incluant son remboursement. Ces garanties sont accordées sous réserve d'une intervention du Régime obligatoire.
+ remboursement Mutuelle (30 %) = prise en charge à 100 %
sement de la Sécurité sociale. Les forfaits s'entendent par assuré*.
ré* ayant respecté le parcours de soins*. Ces remboursements sont effectués en excluant la participation forfaitaire* et la
Pour les actes hors parcours de soins*, les remboursements de la mutuelle sont identiques en montant à ceux effectués
Pour une meilleure compréhension, vous pouvez vous reporter au chapitre "Vos remboursements - mode d'emploi".

ÉQUILIBRÉE	PROTECTRICE	EXCELLENCE
175 %	225 %	250 %
150 %	200 %	200 %
100 %	100 %	100 %
Oui	Oui	Oui
100 %	100 %	100 %
100 %	100 %	100 %
Frais réels	Frais réels	Frais réels
50 €/jour limité à 90 jours/an	60 €/jour limité à 90 jours/an	70 €/jour limité à 90 jours/an
20 €/jour limité à 90 jours/an	25 €/jour limité à 90 jours/an	30 €/jour limité à 90 jours/an
100 € / enfant	100 € / enfant	100 € / enfant
150 %	175 %	225 %
125 %	150 %	200 %
175 %	225 %	250 %
150 %	200 %	200 %
100 %	100 %	100 %
100 %	100 %	100 %
100 %	100 %	100 %
100 %	100 %	100 %
100 %	100 %	100 %
100 %	100 %	100 %
35 €/séance ⁽⁴⁾	40 €/séance ⁽⁴⁾	45 €/séance ⁽⁴⁾
100 %	100 %	100 %
175 %	225 %	250 %
150 %	200 %	200 %
100 %	100 %	100 %
100 %	100 %	100 %
Oui	Oui	Oui
50 €	50 €	50 €
40 €	40 €	40 €
100 %	100 %	100 %
100 €	150 €	200 €

⁽⁴⁾ Limité à 3 séances par année civile pour l'ensemble des spécialités.

⁽⁵⁾ Forfait par année civile.

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

NIVEAUX D'ÉQUIPEMENTS



Bonus fidélité

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

	0	1
PROTHÈSES DENTAIRES ET ORTHODONTIE ⁽¹⁾		
Couronne dentaire 	100 %	90 € / prothèse
Couronne dentaire transitoire	100 %	100 %
Bridge (3 à 5 dents) 	100 %	280 € / bridge
Appareil dentaire amovible (1 à 3 dents) 	100 %	100 € / appareil
Inlay-Core avec ou sans clavette	100 %	45 € / inlay
Dent supplémentaire ou réparation sur bridge et appareil amovible	100 %	10 € / dent ou réparation
Orthodontie	100 %	100 € / semestre civil
Dans la limite d'un plafond global de : <ul style="list-style-type: none"> • année 1 (jusqu'à la fin du 12^e mois d'affiliation de l'assuré*) • année 2 (jusqu'à la fin du 24^e mois d'affiliation de l'assuré*) 	-	500 € 1 000 €
IMPLANTS DENTAIRES ET PARODONTIE		
Implants dentaires ⁽²⁾	-	-
Parodontie non remboursée par le Régime obligatoire* ⁽²⁾	-	100 €
OPTIQUE		
Monture adulte	100 %	30 €
Verre simple adulte (par verre) 	100 %	30 €
Verre complexe adulte (par verre) 	100 %	85 €
Monture enfant	100 %	30 €
Verre simple enfant (par verre) 	100 %	20 €
Verre complexe enfant (par verre) 	100 %	85 €
Lentilles de contact ⁽²⁾	100 % ⁽³⁾	100 % + 40 €
Chirurgie réfractive de l'œil ⁽⁴⁾	-	-
Appareils basse vision ⁽⁵⁾	100 % + 250 €	100 % + 250 €
Pour les niveaux d'Équipements 1 à 4, le nombre d'équipements (2 verres + 1 monture) est limité à 1 équipement tous les 2 ans d'équipements est limité à 1 tous les ans. Pour chaque assuré*, le point de départ de la période correspond à la date de l'équipement.		
AIDES AUDITIVES		
Appareil acoustique pour + 20 ans ⁽⁶⁾	100 %	100 % + 150 €
Appareil acoustique pour - 20 ans ⁽⁶⁾	100 %	100 % + 50 €
Entretien, piles et accessoires	100 %	100 % + 30 €
APPAREILLAGE		
Aides techniques et produits inscrits à la LPP* ⁽⁷⁾	100 %	125 %
Véhicule pour handicapés physiques inscrit au titre IV de la LPP* ⁽²⁾	100 % + 1 500 €	100 % + 1 500 €
CURES THERMALES PRISES EN CHARGE PAR LE RÉGIME OBLIGATOIRE* ⁽²⁾		
Honoraires de cures thermales	-	100 %
Transport et hébergement	-	100 %
Forfait thermal pour soins	-	100 %

⁽¹⁾ Sous réserve de prise en charge par le Régime obligatoire*. Pour l'ensemble des garanties "Prothèses dentaires et orthodontie", les forfaits sont accordés dans la limite des plafonds année 1 et année 2 indiqués ci-dessus. Au-delà de ces plafonds, seul le ticket modérateur* est remboursé. Ces plafonds s'appliquent en cas de changement du niveau d'Équipements.

⁽²⁾ Forfait par année civile.

⁽³⁾ Uniquement les lentilles prises en charge par le Régime obligatoire*.

⁽⁴⁾ Forfait par œil et par année civile.

	2	3	4
	175 € / prothèse	260 € / prothèse	345 € / prothèse
	100 %	100 %	100 %
	500 € / bridge	720 € / bridge	940 € / bridge
	150 € / appareil	200 € / appareil	250 € / appareil
	45 € / inlay	45 € / inlay	45 € / inlay
	20 € / dent ou réparation	30 € / dent ou réparation	40 € / dent ou réparation
	250 € / semestre civil	400 € / semestre civil	550 € / semestre civil
	500 € 1 000 €	700 € 1 400 €	700 € 1 400 €

	300 €	400 €	500 €
	150 €	200 €	250 €

	60 €	90 €	120 €
	50 €	70 €	90 €
	100 €	115 €	135 €
	40 €	50 €	70 €
	35 €	50 €	75 €
	100 €	115 €	130 €
	100 % + 80 €	100 % + 120 €	100 % + 160 €
	-	300 €	400 €
	100 % + 250 €	100 % + 250 €	100 % + 250 €

sauf pour les enfants de moins de 18 ans ou en cas de renouvellement justifié par une évolution de la vue. Dans ces cas, le nombre Pour le niveau d'Équipements" 0, le nombre d'équipement pris en charge n'est pas limité.

	100 % + 300 €	100 % + 450 €	100 % + 600 €
	100 % + 150 €	100 % + 250 €	100 % + 350 €
	100 % + 40 €	100 % + 50 €	100 % + 60 €

	150 %	200 %	300 %
	100 % + 1 500 €	100 % + 1 500 €	100 % + 1 500 €

	100 %	100 %	100 %
	100 %	100 %	100 %
	100 %	100 %	100 %
	+ 150 €	+ 250 €	+ 350 €

ASSISTANCE À DOMICILE INCLUSE DANS TOUTES LES FORMULES

⁽⁵⁾ Aides visuelles pour les personnes dont l'acuité visuelle avec correction est inférieure à 4/10^e. Forfait par année civile. La prise en charge s'effectue en complément du Régime obligatoire* et/ou des aides publiques éventuelles.

⁽⁶⁾ Forfait par appareil et par année civile, versé dans la limite de 2 appareils.

⁽⁷⁾ Hors titre IV de la LPP*, objets contraceptifs, basse vision et appareils acoustiques.

Les garanties sont accordées dans les conditions et limites de la formule Soins et du niveau d'Équipements choisis. Référez-vous aux tableaux de garanties ci-avant. Le montant des garanties peut être modifié à tout moment par la mutuelle en fonction 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.

LES GARANTIES DES FORMULES SOINS

Hospitalisation médicale et chirurgicale

SONT GARANTIS

● Les honoraires chirurgicaux et médicaux

La prise en charge des dépassements d'honoraires diffère selon que le médecin consulté est adhérent à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée* ou non.

● Les analyses de laboratoire, actes de radiologie et auxiliaires médicaux*

● La franchise appliquée sur les actes diagnostiques et thérapeutiques dont le tarif est supérieur ou égal à 120 €

● Les frais de transport

● Les frais de séjour*

● Le forfait journalier hospitalier*

● La chambre particulière

Dans la limite de **90 jours** par année civile et par assuré*

● La chambre accompagnant

Dans la limite de **90 jours** par année civile et par assuré*

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

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

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

CE QUI EST EXCLU

Les séjours en établissements médico-sociaux*, dans les maisons de retraite, dans une unité de soins longue durée (USLD) ou dans un établissement dont le code DMT est listé en annexe.



Si vous vous trouvez confronté à une décision médicale ou chirurgicale difficile, vous pouvez bénéficier, à votre demande et avec l'accord de votre premier médecin, d'un deuxième avis médical auprès de notre service médical.

Nous vous adresserons un dossier à compléter et vous recevrez un avis dans un délai d'un mois. Toutes vos données médicales resteront confidentielles et ne feront pas l'objet d'un recueil informatisé.

Cette procédure est réservée aux situations complexes suivantes : intervention chirurgicale d'un montant supérieur à 288 €, séjour hospitalier de plus de 30 jours, affection de longue durée (ALD). Les pathologies psychiatriques se prêtant mal à un avis sur pièces ne sont pas concernées.

Médecine et soins

SONT GARANTIS

● Les honoraires de consultation, de téléconsultation remboursés par le Régime obligatoire, de visites et les soins prodigués par des médecins généralistes (ou spécialistes en médecine générale) et spécialistes

La prise en charge des dépassements d'honoraires diffère selon que le médecin consulté est adhérent à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée* ou non.

● Les médicaments remboursés par le Régime obligatoire*

● Les actes d'auxiliaires médicaux*

● Les analyses de laboratoire

● Les actes de radiologie

● Les séances d'ostéopathie, d'acupuncture, de diététique, de chiropractie, de pédicurie/podologie, d'homéopathie et d'étiopathie.

Le remboursement mentionné est annuel pour l'ensemble des spécialités mentionnées.

● Les frais de transport hors hospitalisation

● Les honoraires chirurgicaux et soins en hospitalisation ambulatoire* ou hors hospitalisation



Dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée* (OPTAM/OPTAM-CO)

L'assurance maladie et les syndicats de médecins ont mis en place des dispositifs dans lesquels les médecins adhérents s'engagent notamment à limiter leurs dépassements d'honoraires.

Quels avantages pour l'assuré* ?

- un meilleur remboursement par le Régime obligatoire*,
- une meilleure prise en charge des dépassements d'honoraires de ces médecins par la mutuelle, le contrat Garantie Santé étant responsable.

Comment connaître les médecins signataires ?

La liste des médecins signataires est disponible sur le site de l'assurance maladie : www.ameli-direct.fr.

Prévention

SONT GARANTIS

● Les actes de prévention ainsi que les vaccins remboursés par le Régime obligatoire*

● Les objets contraceptifs inscrits à la LPP* et remboursés par le Régime obligatoire*

● Le vaccin antigrippal non remboursé par le Régime obligatoire*

● Forfait "Intimité et vie du couple"

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

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

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

Prime naissance

En cas de naissance ou d'adoption d'un enfant mineur après la prise d'effet du contrat, une prime naissance vous est versée si l'enfant est désigné comme assuré* au titre du contrat dans les trois mois suivant sa naissance ou son adoption.

Soins dentaires

SONT GARANTIS

- Les soins dentaires
- Les renforts Inlay, Onlay, Overlay

LES GARANTIES DES NIVEAUX D'ÉQUIPEMENTS

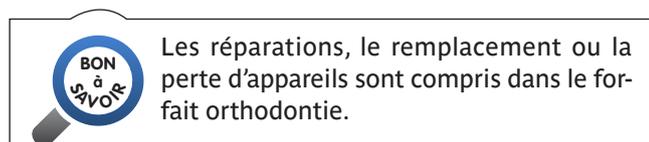
Les garanties suivies de ce symbole  donnent lieu à l'application du Bonus fidélité dans les conditions prévues par ce dispositif.

Prothèses dentaires et orthodontie

SONT GARANTIS

- Les couronnes dentaires
- Les bridges (3 à 5 dents)
- Les appareils dentaires amovibles (1 à 3 dents)
- L'Inlay-Core avec ou sans clavette
- Les couronnes dentaires transitoires
- La dent supplémentaire ou la réparation sur bridge et appareil amovible
- L'orthodontie

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



PLAFOND GLOBAL ANNUEL

Pour les niveaux d'Équipements 1 à 4, les remboursements sont limités à un plafond global annuel durant les 24 premiers mois d'affiliation de l'assuré*. Au-delà de ce plafond, seul le ticket modérateur* sera remboursé. Ce plafond s'applique également en cas d'augmentation de votre niveau d'Équipements: nous appliquerons alors le plafond global 2^e année de la nouvelle formule de garanties durant les 12 mois qui suivront la prise d'effet de cette nouvelle formule.

Implants dentaires et parodontie

SONT GARANTIS

- Les implants dentaires
- Implants, prothèses, chirurgie et radiologie associées. La prise en charge est valable une seule fois pour une même dent remplacée.
- La parodontie non remboursée par le Régime obligatoire*

Optique

SONT GARANTIS

- La monture (adulte ou enfant)
- Les verres (simples ou complexes)
- Les lentilles de contact
- La chirurgie réfractive de l'œil
- Les appareils basse vision : cette garantie est accordée pour les aides visuelles pour les personnes dont l'acuité visuelle avec correction est inférieure à 4/10^e. La prise en charge s'effectue en complément du Régime obligatoire* et/ou des aides publiques éventuelles.



Sont considérés comme :

- verres simples : les verres simple foyer pour correction de la myopie ou de l'hypermétropie entre -6 et +6 de dioptrie, et de l'astigmatie inférieure ou égale à 4 de dioptrie.
- verres complexes : les verres simple foyer pour correction de la myopie strictement inférieure à -6 de dioptrie ou de l'hypermétropie supérieure à +6 de dioptrie, ou de l'astigmatie strictement supérieure à 4 de dioptrie, ou verre multifocaux ou progressifs.

LIMITE DES GARANTIES MONTURE ET VERRE

Un équipement est constitué d'une monture et de deux verres.

Pour les niveaux d'Équipements 1 à 4, le nombre d'équipements pris en charge par assuré* 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 ce cas, le nombre d'équipements pris en charge est limité à un tous les ans. Le point de départ de la période est la date de l'équipement.

Aides auditives

SONT GARANTIS

- Les appareils acoustiques
- L'entretien, les piles et accessoires

Appareillage

SONT GARANTIS

- Les aides techniques et produits inscrits à la LPP*

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

- Les véhicules pour handicapés physiques (inscrits au titre IV de la LPP*)

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

Cures thermales

SONT GARANTIS

- Les honoraires de cures thermales
- Le transport et l'hébergement
- Le forfait thermal pour soins

Le remboursement de l'ensemble de ces prestations* est soumis au remboursement des honoraires de médecine thermique par le Régime obligatoire*.

CE QUI EST EXCLU

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

Bonus fidélité

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

- Couronne dentaire,
 - Bridge,
 - Appareil dentaire amovible,
 - Verre simple/ complexe (adulte et enfant),
- sont augmentés, pour l'ensemble des assurés*, de 10 % par rapport au **forfait initial** indiqué dans le tableau de garantie, **dans la limite de 30 %**.

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

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

Exemple : forfait Verre simple adulte "Équipements" 2.

Année d'adhésion	Montant du forfait
Durant les 12 ^{es} mois d'adhésion	50 €
À partir du 13 ^e mois d'adhésion	55 €
À partir du 25 ^e mois d'adhésion	60 €
À partir du 37 ^e mois d'adhésion	65 €

+30 %

TERRITORIALITÉ

L'assuré* est couvert pour les soins effectués en France (Départements et Régions d'Outre-mer inclus).

Il est également couvert pour les soins effectués ou les équipements achetés hors de France, **dans la limite du ticket modérateur*, sous réserve qu'ils soient pris en charge par le Régime obligatoire***.

Les remboursements sont effectués en France et en euros.

LIMITES ET EXCLUSIONS DE GARANTIE

Exclusions communes à toutes les garanties

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

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

Limites de remboursement

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

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

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

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

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

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

VOS REMBOURSEMENTS - MODE D'EMPLOI

COMMENT VOUS INFORMER AVANT VOS SOINS

Afin d'estimer vos dépenses de santé, vous pouvez consulter notre **simulateur de remboursements** dans votre espace personnel sur le site www.macif.fr. Vous connaîtrez ainsi le montant de vos remboursements sur les principaux postes de soins (médecine, hospitalisation, optique...).

Pour vous aider à optimiser vos dépenses de santé, vous avez accès aux services et **réseau de soins Santéclair**. Ils vous permettent de bénéficier d'un service d'analyse de devis/conseils, de l'accès à des applications web de prévention et d'aide à l'orientation dans le système de santé mais également de tarifs négociés auprès de nombreux professionnels de santé (opticiens, chirurgiens-dentistes, centres auditifs, diététiciens...). Vous conservez la liberté de choix de votre professionnel de santé.

Pour trouver les professionnels de santé membres du réseau Santéclair les plus proches de chez vous, il vous suffit de consulter **l'application Géocclair** dans votre espace personnel assurance sur notre site (www.macif.fr).

Pour plus d'informations sur le réseau de soins Santéclair, vous pouvez vous reporter au dépliant d'information qui vous a été envoyé avec votre carte de tiers payant*.

COMMENT BÉNÉFICIER DU TIERS PAYANT* ?

Il est remis à chaque adhérent une ou plusieurs carte(s) mutualiste(s) portant mention de ses éventuels ayants droit et des actes ou prestations pouvant se voir appliquer le tiers payant. En application de l'article L.871-1 du Code de la Sécurité sociale, l'adhérent et ses ayants droit bénéficient du tiers payant sur les prestations prévues au titre du cahier des charges des contrats responsables, au moins à hauteur des tarifs de responsabilité. Cette ou ces carte(s) reste(nt) la propriété de Macif-Mutualité.

Le tiers payant* permet d'être dispensé de l'avance des frais chez plus de 200 000 professionnels de santé référencés (médecins, pharmaciens, laboratoires d'analyses médicales, cabinets de radiologie, auxiliaires médicaux, opticiens).

Pour en bénéficier, c'est très simple : il suffit pour l'assuré* de présenter sa carte de tiers payant* au professionnel de santé ; nous adresserons directement à celui-ci le règlement des soins, conformément à la formule de garanties de l'assuré*. En cas de soins dentaires, optique ou en cas d'hospitalisation, **l'assuré* doit effectuer une demande de prise en charge à la mutuelle, avant d'effectuer les soins.**

QUELS DOCUMENTS ENVOYER POUR OBTENIR SES REMBOURSEMENTS ?

Une fois les soins réalisés, l'assuré* doit nous adresser les justificatifs pour être remboursé. Les justificatifs demandés sont les suivants :

Pour les soins remboursés par le Régime obligatoire* :

- l'original du décompte de la Sécurité sociale (sauf si celui-ci a déjà été télétransmis),

- l'original de la facture détaillée (acte par acte) et acquittée lorsque les frais sont supérieurs au tarif retenu par la Sécurité sociale pour le calcul de sa prestation,
- pour les renforts Inlay, Onlay, Overlay : l'original de la facture détaillée et acquittée.

En cas d'hospitalisation :

- le bulletin d'hospitalisation délivré par l'hôpital,
- l'original de la facture détaillée (acte par acte) et acquittée.

Pour les soins non remboursés par le Régime obligatoire* :

- l'original de la prescription médicale,
- l'original de la facture détaillée (acte par acte) et acquittée.

Pour la prime naissance :

- un extrait d'acte de naissance ou la copie de la page du livret de famille concernant le nouveau-né,
- dans le cas d'une adoption, la copie de l'acte y afférant.

Pour les prestations basse vision :

- l'original de la facture détaillée et acquittée,
- le cas échéant, l'original du décompte de la Sécurité sociale (sauf si celui-ci a déjà été adressé par télétransmission) et/ou de la prise en charge des organismes publics,
- ou, en l'absence d'une intervention du Régime obligatoire ou d'une aide publique, une attestation d'inscription à la MDPH attestant votre basse vision.

Pour les prestations "Forfaits Prévention/Bien-être", Ostéopathe/ Acupuncteur / Diététicien / Chiropracteur / Podologue / Pédicure/ Homéopathe / Étioopathe :

- l'original de la facture détaillée et acquittée.

En cas de soins effectués à l'étranger, nous pouvons vous demander la traduction des documents utiles au remboursement. **Les frais liés à l'obtention des pièces justificatives nécessaires au versement des prestations* sont à la charge de l'assuré*.**



Les soins pour lesquels vous demandez un remboursement peuvent avoir déjà été partiellement remboursés par le Régime obligatoire*. Dans ce cas, vous recevrez un décompte.

Lisez-le attentivement :

- S'il est indiqué que le décompte a été transmis directement à votre organisme complémentaire, vous n'avez rien à faire. Le remboursement par votre mutuelle se fera sans aucune autre démarche.
- Sinon, il vous suffit de nous envoyer ce décompte à l'adresse figurant sur votre carte de tiers payant*. Si vous ne bénéficiez pas de la télétransmission, adressez nous une copie de votre attestation de carte Vitale à jour.

OÙ LES ADRESSER ET DANS QUEL DÉLAI ?

Les documents listés ci-dessus doivent nous être envoyés à l'adresse figurant sur votre carte de tiers payant*.

Pour être recevable, toute demande de prestations* doit être présentée dans les **2 ans** suivant la date de remboursement par le Régime obligatoire*, ou la date de réception du ticket modérateur*, ou la date de l'événement à indemniser, ou la date de facturation. Au-delà de ce délai, la prestation ne sera pas versée.

Nous effectuerons le règlement des prestations dans un délai de deux jours ouvrés. Ce délai débute à compter de la réception des justificatifs, que ces derniers nous soient parvenus par voie postale ou électronique.

L'EXPERTISE MÉDICALE

Nous pouvons demander à l'assuré* de se soumettre à une expertise médicale. Si celui-ci se refuse à un contrôle médical les prestations* sont suspendues à son égard, après envoi d'une mise en demeure adressée à son dernier domicile* connu. Au cours de l'expertise médicale, l'assuré peut se faire assister par son propre médecin-expert. Les frais inhérents à l'intervention de ce médecin restent, cependant, à sa charge exclusive.

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

Si le médecin de l'assuré* est en désaccord avec ces conclusions, une procédure d'arbitrage sera mise en place : l'assuré* pourra choisir un médecin sur une liste de trois noms proposés par la mutuelle. Chaque partie supportera par moitié les honoraires du médecin ainsi désigné.

DÉCHÉANCE DES GARANTIES EN CAS DE FRAUDE

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

COMPRENDRE VOS REMBOURSEMENTS

Qu'est ce que la base de remboursement (BR)* de la Sécurité sociale ?

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

Comment sont exprimés les remboursements de votre mutuelle ?

Nous nous engageons à respecter les bonnes pratiques définies par l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire (UNOCAM) afin d'améliorer la lisibilité des

garanties santé. Ainsi, la plupart de nos remboursements sont exprimés en euros afin de vous permettre de connaître immédiatement le montant de prise en charge de votre mutuelle. Les autres remboursements sont exprimés en pourcentage par rapport aux bases de remboursement de la Sécurité sociale* en incluant son remboursement (voir schéma en exemple ci-dessous).



Une prise en charge à 100 % BR ne signifie pas que vos dépenses de santé seront intégralement remboursées. Cela signifie que la base de remboursement* (BR) de la Sécurité sociale* sera intégralement prise en charge.

Si la base de remboursement* est inférieure au montant de votre dépense de santé (notamment en cas de dépassement d'honoraires* ou pour les frais optiques ou dentaires), des frais resteront éventuellement à votre charge selon la formule souscrite.

Participation forfaitaire* et franchise médicale, médicale : de quoi s'agit-il ?

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

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

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

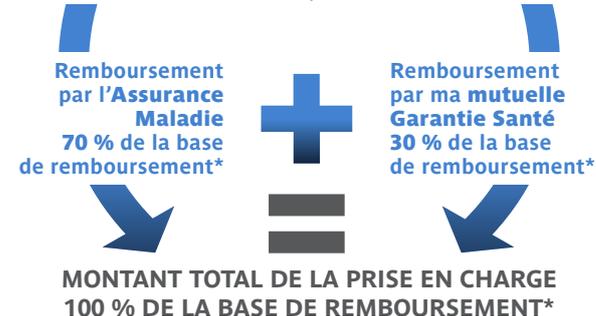
Comment suis-je remboursé si je ne respecte pas le parcours de soins* ?

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

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

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

VOTRE DÉPENSE DE SANTÉ DANS LE CADRE DU PARCOURS DE SOINS (CONSULTATION MÉDECIN)



Quelques exemples de prise en charge dans le cadre du parcours de soins*

(montants de remboursement en vigueur au 01/01/2019).

Consultation Médecin généraliste (ou spécialiste en médecine générale) : 25 €

**SÉCURITÉ SOCIALE
+ GARANTIE SANTÉ FORMULE ÉCONOMIQUE
= 100 % DE LA BR⁽¹⁾**

Je dépense ▶ 25 €

BR = 25 €

Sécurité sociale = 70 % DE LA BR SOIT 17,50 €	Garantie santé formule Économique = 30 % DE LA BR SOIT 7,50 €
--	--

DONT 1 € DE PARTICIPATION FORFAITAIRE

1 € 8,50 €

Il me reste à payer ▶ AVEC mutuelle SANS mutuelle

Consultation Médecin spécialiste adhérent à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée* avec dépassements : 40 €

**SÉCURITÉ SOCIALE
+ GARANTIE SANTÉ FORMULE ÉCONOMIQUE
= 100 % DE LA BR⁽¹⁾**

Je dépense ▶ 40 €

BR = 30 €

Sécurité sociale = 70 % DE LA BR SOIT 21 €	Garantie santé formule Économique = 30 % DE LA BR SOIT 9 €	Reste à charge 10 €
---	--	-------------------------------

DONT 1 € DE PARTICIPATION FORFAITAIRE

11 € 20 €

Il me reste à payer ▶ AVEC mutuelle SANS mutuelle

**SÉCURITÉ SOCIALE
+ GARANTIE SANTÉ FORMULE ÉQUILBRÉE
= 175 % DE LA BR⁽¹⁾**

Je dépense ▶ 40 €

BR = 30 €

Sécurité sociale = 70 % DE LA BR SOIT 21 €	Garantie santé formule Équilibrée = 105 % DE LA BR SOIT 31,50 €⁽²⁾
---	--

DONT 1 € DE PARTICIPATION FORFAITAIRE

1 € 20 €

Il me reste à payer ▶ AVEC mutuelle SANS mutuelle

Équipement optique Adulte : 1 monture + 2 verres progressifs (verres blancs avec sphère de -8,00 à +8,00) : 500 €

**SÉCURITÉ SOCIALE
+ GARANTIE SANTÉ FORMULE ÉQUILBRÉE 2**

Je dépense ▶ 500 €

BR = 23,58 €

Sécurité sociale = 60 % DE LA BR SOIT 14,15 €	Garantie santé formule Équilibrée 2 = 200 € POUR LES VERRS + 60 € POUR LA MONTURE	Reste à charge 225,85 €
--	--	-----------------------------------

225,85 € 485,85 €

Il me reste à payer ▶ AVEC mutuelle SANS mutuelle

**SÉCURITÉ SOCIALE
+ GARANTIE SANTÉ FORMULE PROTECTRICE 3**

Je dépense ▶ 500 €

BR = 23,58 €

Sécurité sociale = 60 % DE LA BR SOIT 14,15 €	Garantie santé formule Protectrice 3 = 230 € POUR LES VERRS + 90 € POUR LA MONTURE	Reste à charge 165,85 €
--	---	-----------------------------------

165,85 € 485,85 €

Il me reste à payer ▶ AVEC mutuelle SANS mutuelle

⁽¹⁾Base de remboursement* de la Sécurité sociale.

⁽²⁾Remboursement maximum, dans la limite de la dépense engagée.

LA VIE DE VOTRE CONTRAT

DURÉE DE VOTRE CONTRAT

La première période d'assurance se termine au 31 décembre. Le contrat est ensuite reconduit chaque année de plein droit au 1^{er} janvier pour une durée d'un an, sauf résiliation dans les cas mentionnés à l'article "Résiliation de votre contrat" ci-après.

RENONCIATION

Si vous souhaitez revenir sur votre décision et renoncer à votre adhésion, vous disposez d'un délai de 30 jours calendaires à compter de la prise d'effet du contrat pour nous en informer.

Vous devez nous adresser, à l'adresse figurant sur votre demande d'adhésion, une lettre recommandée ou un envoi recommandé électronique, avec accusé de réception, établi selon le modèle suivant :

"Je soussigné(e) (nom, prénom, n° d'adhérent, adresse) déclare renoncer à la souscription de mon contrat Garantie Santé souscrit en date du ... Date et signature".*

Cette lettre doit nous être adressée à l'adresse figurant sur votre carte de tiers payant ou à l'adresse mail mutuelle@macif.fr

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

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

COMMENT MODIFIER VOTRE CONTRAT ?

Ajout ou suppression d'un assuré*

Si vous souhaitez qu'un nouvel assuré* bénéficie de votre contrat, il vous suffit de nous en faire la demande. L'affiliation de cet assuré* prendra effet au 1^{er} jour du mois qui suivra cette demande.

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

Si vous souhaitez au contraire qu'un assuré* ne bénéficie plus de votre contrat, vous devez nous en faire la demande avant le 31 octobre de l'année en cours. Cette demande prendra effet au 1^{er} janvier de l'année suivante.

Modification de votre situation

Pendant la durée de votre contrat, pensez à nous déclarer tout changement dans la situation d'un des assurés*, notamment :

- un changement de domicile,
- un changement de Régime obligatoire (changement de n° de Sécurité sociale, changement de caisse primaire d'assurance maladie, perte de la qualité d'ayant droit...),
- un changement de situation matrimoniale (mariage, divorce, veuvage...).

Si cette modification entraîne une augmentation de vos cotisations, vous disposerez d'un délai de 30 jours à compter de la réception de votre nouvel avis d'échéance pour résilier votre contrat par lettre recommandée ou par envoi recommandé électronique, avec accusé de réception.

Nous pouvons être amenés à vous demander les justificatifs nécessaires à l'appui de votre demande de modification de situation.

Afin de ne pas interrompre le versement de vos prestations, pensez à nous informer de la modification de vos coordonnées bancaires.

Modification des garanties

L'assuré* peut modifier ses garanties, lorsqu'il est depuis **plus de 12 mois** dans sa formule.

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

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

Le changement de formule prendra effet au 1^{er} jour du mois suivant la date de cette demande.

RÉSILIATION DE VOTRE CONTRAT

Vous pouvez résilier votre contrat :

- à l'échéance annuelle, moyennant un préavis de 2 mois avant le 31 décembre de l'année en cours,
- en cas d'augmentation de vos cotisations, notamment à la suite d'une modification de votre situation, dans un délai d'un mois à compter de la date de réception de votre avis d'échéance,
- en cas de modification de vos garanties à la suite d'une évolution de la réglementation ou d'une décision de la mutuelle, dans un délai d'un mois à compter du jour où cette modification vous est notifiée.

Votre demande de résiliation doit nous être adressée en

lettre recommandée ou par envoi recommandé électronique à l'adresse figurant sur votre carte de tiers payant* ou à l'adresse mail mutuelle@macif.fr.

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

Nous pouvons résilier votre contrat en cas de non-paiement d'une cotisation ou d'une fraction de cotisation, conformément aux dispositions de l'article "Votre cotisation".

VOTRE COTISATION

Comment est calculée votre cotisation ?

Le montant de la cotisation est fixé par année civile et par assuré*, en fonction des critères suivants :

- **l'âge de l'assuré***,

l'âge est calculé par différence de millésime entre l'année d'échéance de la cotisation et l'année de naissance moins une année.

- **votre zone de domiciliation** (adresse postale figurant dans la demande d'adhésion, une seule adresse étant possible),

- **la formule de garanties choisie,**

- **le régime social de l'assuré* ou son statut de travailleur indépendant.**



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

Comment évolue votre cotisation ?

Nous réexaminons le montant des cotisations en fin d'année. Le changement du montant de la cotisation vous est notifié par courrier et prend effet le 1^{er} janvier de l'année suivante.

Le montant des cotisations peut également être modifié à tout moment en fonction de l'évolution de la réglementation et notamment celle relative à la Sécurité sociale.

Comment payer votre cotisation ?

Vous êtes tenu au paiement d'une **cotisation annuelle payable d'avance**.

Vous choisissez les modalités de règlement lors de la souscription. Celui-ci peut se faire de façon annuelle, semestrielle, trimestrielle ou mensuelle, **sans frais de fractionnement**. Les cotisations peuvent être réglées par chèque (uniquement pour le paiement annuel) ou par mandat de prélèvement SEPA.

Que se passe-t-il en cas de non paiement ?

À défaut de paiement d'une cotisation ou d'une fraction de cotisation, dans un délai de 10 jours suivant la date d'échéance, et indépendamment de notre droit de pour-

suivre l'exécution de l'engagement contractuel en justice, nous vous adressons, à votre dernier domicile* connu, une lettre recommandée de mise en demeure vous informant que les garanties du contrat d'assurance seront résiliées 40 jours après l'envoi de cette lettre, si la cotisation reste impayée.

RÉCLAMATIONS

Pour les garanties santé et les services Santéclair

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

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

Pour les garanties d'assistance

En cas de désaccord sur la mise en œuvre des garanties, vous pouvez contacter :

le Service Consommateur d'IMA Assurances
par courrier 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.

MÉDIATION EXTERNE

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

- **par courrier :**
La Médiation de l'Assurance
TSA 50110
75441 Paris cedex 09
- **via son site Internet :**
www.mediation-assurance.org

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

L'avis du médiateur ne s'impose pas aux parties qui restent libres de faire valoir leurs droits en justice.

Si vous avez souscrit le contrat par Internet, vous pouvez également utiliser la plateforme européenne de règlement en ligne des litiges.

PRESCRIPTION*

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

La prescription* peut être interrompue par :

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

SUBROGATION

Si un assuré* est victime d'une atteinte à son intégrité physique causée par un tiers, nous pouvons récupérer auprès de ce tiers les sommes que nous avons payées, conformément à l'article L.224-9 du Code de la mutualité.

Nous sommes alors subrogés dans les droits et actions de l'assuré* ou de ses ayants droit. IMA Assurances est également subrogée dans ces droits pour les garanties d'assistance qu'elle assure.

VOUS ÊTES TRAVAILLEUR NON SALARIÉ

Les garanties du contrat Garantie Santé entrent dans le champ d'application de la loi Madelin du 11/02/1994, relative à l'initiative et à l'entreprise individuelle.

En tant que :

- professionnel indépendant (revenus relevant des BIC ou BNC) ;
- conjoint collaborateur d'un professionnel indépendant ;
- dirigeant non salarié relevant de l'article 62 du Code général des impôts,

Vous pouvez déduire de votre bénéfice imposable les cotisations versées au titre de ce contrat, dans la limite des plafonds en vigueur. Pour en bénéficier, vous devez adhérer à l'association désignée sur la demande d'adhésion Garantie Santé.

Cette déduction est possible tant que vous exercez sous ce statut, que vous êtes à jour de vos cotisations aux régimes obligatoires et que dure votre assurance.

Nous vous adressons une attestation de cotisations à conserver à l'appui de votre comptabilité.

PROTECTION DES DONNÉES PERSONNELLES

Les données recueillies feront l'objet de traitements par Macif-Mutualité ou Apivia Mutuelle, responsable de traitements, pour la passation, la gestion, l'exécution des contrats d'assurance ainsi qu'à des fins de prospection et gestion commerciales.

Elles pourront être transmises aux entités du groupe Macif et notamment à ses partenaires aux mêmes fins, y compris en dehors de l'Union européenne.

Elles seront aussi traitées pour la lutte contre le blanchiment d'argent et le financement du terrorisme. Vos données feront l'objet d'un traitement de lutte contre la fraude, ce qui peut conduire à une inscription sur une liste de personnes présentant un risque de fraude.

Vous disposez de droits d'accès, de rectification, d'effacement, de limitation, d'opposition, le cas échéant de portabilité et de définir des directives relatives à la conservation, à l'effacement et à la communication de vos données à caractère personnel après votre décès.

Le cas échéant, vous pouvez retirer votre consentement aux traitements des données ce qui aura pour effet de les faire cesser.

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

Nous vous informons que vous pouvez vous inscrire sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique sur le site www.bloctel.gouv.fr.

Vous pouvez exercer vos droits et adresser toute demande d'information concernant vos données personnelles sur le site www.macif.fr depuis le formulaire d'exercice des droits ou par voie postale à l'adresse suivante Macif-Direction Générale 2 et 4 rue de Pied de Fond 79037 Niort Cedex 9.

Toutes les précisions sur la protection de vos données sont accessibles sur notre site : www.macif.fr

VOS GARANTIES D'ASSISTANCE

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



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

CHIRURGIE AMBULATOIRE

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

POUR L'ASSURÉ*

● La présence d'un proche au chevet

Organisation et prise en charge du déplacement A/R d'un proche en France métropolitaine.

Organisation et prise en charge de 2 nuits d'hébergement **dans la limite de 50 € par nuit.**

● L'intervention d'une aide à domicile ou d'une auxiliaire de vie

► Mise à disposition d'une auxiliaire de vie pour la garde de jour, du lundi au vendredi, de 8h à 20h.

► **OU** mise à disposition d'une aide à domicile ayant pour mission de réaliser des tâches quotidiennes telles que du ménage, la préparation des repas, la vaisselle, le repassage et les courses de proximité.

Minimum de 2 heures par intervention (dont 2 heures pour la venue, si nécessaire, d'une coordinatrice afin d'analyser les besoins de l'assuré*) **dans la limite de 10 heures, réparties sur une période maximale de 10 jours** à compter de la mise en œuvre de la prestation.

● Le transport aux rendez-vous médicaux

Organisation et prise en charge du transport non médicalisé A/R de l'assuré* de son domicile* vers le cabinet médical ou l'hôpital situé **dans un rayon de 50 km, dans la limite d'un A/R sur une période maximale de 10 jours.**

● Le transfert post-hospitalisation du bénéficiaire chez un proche

Dans les 5 jours suivant la sortie de l'hôpital, organisation et prise en charge du déplacement non médicalisé A/R chez un proche en France métropolitaine **dans la limite de 200 €.**

● Les autres prestations

Dès le premier jour ou au retour au domicile*, l'assuré* peut bénéficier de :

► **La livraison de médicaments dans la limite d'une livraison** sur une période maximale de 10 jours. Le coût des médicaments reste à la charge de l'assuré*.

► **La livraison des courses** : transport A/R au centre commercial le plus proche ou prise en charge des frais de livraison d'une commande, **dans la limite d'une livraison**

par semaine sur une période maximale de 10 jours. Le coût des courses reste à la charge de l'assuré*.

► **Le portage de repas** : livraison d'un pack de repas, composé de 5 ou 7 jours de repas (à définir à la commande), **dans la limite d'une livraison** sur une période maximale de 10 jours. Le prix du repas reste à la charge de l'assuré*.

● La téléassistance

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

POUR SES PROCHES

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

Organisation et prise en charge d'une des prestations suivantes :

► Déplacement A/R d'un proche en France métropolitaine,
► **OU** déplacement A/R des enfants ou petits-enfants et de l'adulte qui les accompagne au domicile* d'un proche en France métropolitaine.

En cas d'absence d'accompagnateur, l'accompagnement est assuré par un prestataire conventionné.

Si aucune de ces solutions ne convient, organisation et prise en charge de la garde des enfants ou petits-enfants chez un intervenant spécialisé ou au domicile* **dans la limite de 10 heures réparties sur une période maximale de 10 jours.**

● La prise en charge des ascendants vivant au domicile*

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

Si cette solution ne convient pas, organisation et prise en charge de la garde à domicile* **dans la limite de 10 heures** réparties sur une période maximale de 10 jours.

● La garde des chats et chiens

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

► **OU** garde des chats et/ou chiens au domicile d'un garde animalier **sur une période maximale de 10 jours.**

Les garanties décrites ci-dessous sont mises en œuvre **en cas d'accident ou de maladie** entraînant une hospitalisation ou une immobilisation à domicile*. L'hospitalisation est considérée comme non programmée dès lors que vous n'en avez connaissance que dans les 7 jours qui la précèdent. **En cas d'hospitalisation programmée, le nombre d'intervention est limité à deux par bénéficiaire et par année civile.**

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

POUR VOUS OU VOTRE CONJOINT*

● La présence d'un proche au chevet

Organisation et prise en charge du déplacement A/R d'un proche en France métropolitaine.

Organisation et prise en charge de 2 nuits d'hébergement **dans la limite de 50 € par nuit.**

● La fermeture du domicile* quitté en urgence

En cas de départ précipité pour un établissement hospitalier :

► Organisation de la fermeture des accès du domicile* et des éléments situés à l'intérieur du domicile* (lumières, appareils électriques...) ainsi que du traitement des denrées périssables (poubelle, réfrigérateur...) **dans la limite de 2 heures d'intervention.**

► Prise en charge des frais de taxi nécessaires à la récupération et à la restitution des clés **dans la limite de 100 € par trajet.**

● L'intervention d'une aide à domicile ou d'une auxiliaire de vie

► Mise à disposition d'une auxiliaire de vie pour la garde de jour, du lundi au vendredi, de 8h à 20h.

► **OU** mise à disposition d'une aide à domicile ayant pour mission de réaliser des tâches quotidiennes telles que du ménage, la préparation des repas, la vaisselle, le repassage et les courses de proximité.

Minimum de 2 heures par intervention (dont 2 heures pour la venue, si nécessaire, d'une coordinatrice afin d'analyser les besoins de l'assuré*) **dans la limite de 30 heures**, réparties sur une période maximale d'un mois.

● Le transport aux rendez-vous médicaux

Organisation et prise en charge du transport non médicalisé A/R de l'assuré* de son domicile* vers le cabinet médical ou l'hôpital situé **dans un rayon de 50 km, dans la limite d'un A/R** sur une période maximale d'un mois.

● La préparation du retour au domicile*

En cas d'hospitalisation de plus de 14 jours, mise à disposition, dans les 48h précédant le retour au domicile*, d'une aide à domicile chargée de préparer le retour au domicile* de l'adhérent* ou de son conjoint* (ménage, chauffage, courses...) **dans la limite de 4 heures d'intervention.**

Prise en charge des frais de taxi nécessaires à la récupération et à la restitution des clés **dans la limite de 100 € par trajet.**

● Le transfert post-hospitalisation du bénéficiaire chez un proche

Dans les 5 jours suivant la sortie de l'hôpital, organisation et prise en charge du déplacement non médicalisé A/R chez un proche en France métropolitaine **dans la limite de 200 €.**

● Les autres prestations

Dès le premier jour ou au retour au domicile*, l'adhérent* ou son conjoint* peut bénéficier de :

► **La livraison de médicaments dans la limite d'une livraison** sur une période maximale d'un mois. Le coût des médicaments reste à la charge de l'adhérent* ou de son conjoint*.

► **La livraison des courses** : transport A/R au centre commercial le plus proche ou prise en charge des frais de livraison d'une commande, **dans la limite d'une livraison par semaine** sur une période maximale d'un mois. Le coût des courses reste à la charge de l'adhérent* ou de son conjoint*.

► **Le portage de repas** : livraison d'un pack de repas, composé de 5 ou 7 jours de repas (à définir à la commande), **dans la limite d'une livraison** sur une période maximale d'un mois. Le prix du repas reste à la charge de l'adhérent* ou de son conjoint*.

► **Le portage d'espèces** : transport A/R jusqu'à la banque de l'adhérent* ou de son conjoint* ou portage d'espèces (**maximum 150 €**) au domicile* par un prestataire agréé contre reconnaissance de dette **dans la limite d'un A/R ou d'un portage** sur une période maximale d'un mois.

► **La coiffure à domicile*** : déplacement d'un coiffeur au domicile* **dans la limite d'un déplacement** sur une période maximale d'un mois. Le prix de la coupe reste à la charge de l'adhérent* ou de son conjoint*.

POUR VOS PROCHES

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

Organisation et prise en charge d'une des prestations suivantes :

- ▶ Déplacement A/R d'un proche en France métropolitaine,
- ▶ **OU** déplacement A/R des enfants ou petits-enfants et de l'adulte qui les accompagne au domicile* d'un proche en France métropolitaine.

En cas d'absence d'accompagnateur, l'accompagnement est assuré par un prestataire conventionné.

Si aucune de ces solutions ne convient, organisation et prise en charge de la garde des enfants ou petits-enfants chez un intervenant spécialisé ou au domicile* **dans la limite de 30 heures réparties sur une période maximale d'un mois.**

● La conduite des enfants et petits-enfants (vivant au domicile* et âgés de moins de 16 ans) à l'école et aux activités extrascolaires

Lorsque aucun proche ne peut se rendre disponible, les enfants ou petits-enfants bénéficient de :

- ▶ La conduite A/R à l'école par un prestataire 1 fois par jour **dans la limite de 5 jours** répartis sur une période maximale d'un mois.
- ▶ La conduite aux activités extrascolaires par un prestataire **1 fois par semaine** pour chaque enfant sur une période maximale d'un mois.

● Le soutien scolaire ou aide aux devoirs (pour les enfants du primaire au secondaire)

Pendant toute la durée de l'hospitalisation, les enfants de l'adhérent* ou de son conjoint* peuvent bénéficier :

- ▶ S'ils restent au domicile* : d'une aide aux devoirs **dans la limite de 2 heures par semaine** pour chaque enfant (hors vacances scolaires et jours fériés), et sur une période maximale d'un mois.
- ▶ S'ils sont transférés chez un proche éloigné géographiquement de leur école (+ de 50 km) : d'un soutien scolaire chez ce proche **dans la limite de 3 heures par jour ouvré** (hors vacances scolaires et jours fériés) et par foyer, sur une période maximale d'un mois.

● La prise en charge des ascendants vivant au domicile*

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

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

● La garde des chats et chiens

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

▶ **OU** garde des chats et/ou chiens au domicile d'un garde animalier **sur une période maximale de 30 jours.**

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

● La garde des enfants ou petits-enfants malades ou blessés

Organisation et prise en charge d'une des prestations suivantes :

- ▶ Déplacement A/R d'un proche en France métropolitaine.
- ▶ **OU** déplacement A/R des enfants ou petits-enfants malades et de l'adulte qui les accompagne au domicile* d'un proche en France métropolitaine.

En cas d'absence d'accompagnateur, l'accompagnement est assuré par un prestataire conventionné.

Si aucune de ces solutions ne convient, organisation et prise en charge de la garde des enfants ou petits-enfants chez un intervenant spécialisé ou au domicile* **dans la limite de 30 heures réparties sur une période maximale d'un mois.**

● Le soutien scolaire à domicile*

En cas d'hospitalisation ou d'immobilisation d'au moins deux semaines : soutien pédagogique dans l'année scolaire en cours (pour les enfants du primaire au secondaire) jusqu'à la reprise des cours **dans la limite de 3 heures par jour ouvré (hors vacances scolaires et jours fériés).**

● La garde des frères et sœurs de l'enfant malade ou blessé

Organisation et prise en charge d'une des prestations suivantes :

- ▶ Déplacement A/R d'un proche en France métropolitaine.
- ▶ **OU** garde des frères et sœurs au domicile* par un intervenant spécialisé **dans la limite de 30 heures** réparties sur une période maximale d'un mois.

NAISSANCE OU ADOPTION

Dès le retour au domicile* de l'adhérente* ou de la conjointe de l'adhérent*

● Intervention d'une aide à domicile

Mise à disposition d'une aide à domicile. Minimum de 2 heures par jour **dans la limite de 4 heures** réparties sur une période maximale de 15 jours à compter du retour au domicile*.

● Acquisition des premiers gestes

Envoi d'un intervenant qualifié au domicile* pour faciliter l'acquisition des premiers gestes liés à la maternité, **dans la limite de 2 heures** réparties sur une période maximale de 15 jours à compter du retour au domicile*.

● Informations naissance

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

En cas d'hospitalisation de plus de 8 jours de l'adhérente* ou de la conjointe* de l'adhérent*, liée à un accouchement

● Intervention d'une aide à domicile

Dès le premier jour ou au retour au domicile*, mise à disposition d'une aide à domicile. **Minimum de 2 heures** par jour **dans la limite de 30 heures** réparties sur une période maximale d'un mois.

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

Organisation et prise en charge d'une des prestations suivantes :

- ▶ Déplacement A/R d'un proche en France métropolitaine.
- ▶ **OU** déplacement A/R des enfants ou petits-enfants et de l'adulte qui les accompagne au domicile* d'un proche en France métropolitaine.

En cas d'absence d'accompagnateur, l'accompagnement est assuré par un prestataire conventionné.

Si aucune de ces solutions ne convient, organisation et prise en charge de la garde des enfants chez un intervenant spécialisé ou au domicile* **dans la limite de 30 heures** réparties sur une période maximale d'un mois.

Ces garanties sont mises en jeu en cas de :

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

Les pathologies couvertes sont les suivantes :

- ▶ Pathologies nécessitant un traitement par chimiothérapie, radiothérapie, trithérapie, quadrithérapie ou curiethérapie
- ▶ Accident vasculaire cérébral invalidant
- ▶ Infarctus ou pathologie cardiaque invalidante
- ▶ Hémopathies
- ▶ Insuffisance hépatique sévère
- ▶ Diabète insulino-instable
- ▶ Myopathie
- ▶ Insuffisance respiratoire instable
- ▶ Parkinson non équilibré
- ▶ Mucoviscidose
- ▶ Insuffisance rénale dialysée décompensée
- ▶ Suites de transplantation d'organe
- ▶ Paraplégie non traumatique
- ▶ Polyarthrite rhumatoïde évolutive
- ▶ Sclérose en plaques
- ▶ Sclérose latérale amyotrophique
- ▶ Complication invalidante suite à des actes chirurgicaux
- ▶ Polypathologies

● Enveloppe de services pour les assurés* adultes

L'assuré* adulte malade bénéficie d'une **enveloppe de 100 unités de services** qu'il peut utiliser sur une période maximale de 12 mois à compter de sa sortie de l'hôpital.

Les services pouvant être mis en œuvre sont les suivants :

- ▶ Aide à domicile (**minimum de 2 heures par jour**)
- ▶ Présence d'un proche (prise en charge du transport A/R et de l'hébergement **dans la limite de 2 nuits**, petits-déjeuners inclus à **concurrence de 92 € par nuit**)
- ▶ Livraison de médicaments (le coût des médicaments reste à la charge de l'assuré*)
- ▶ Transport aux rendez-vous médicaux (**dans un rayon de 50 km du domicile***)
- ▶ Portage des repas (dans la **limite d'une livraison par semaine** ; le coût du repas reste à la charge de l'assuré*)
- ▶ Livraison de courses (dans la **limite d'une livraison par semaine**. Le coût des courses reste à la charge de l'assuré*.)
- ▶ Coiffure à domicile* (le coût de la coupe reste à la charge de l'assuré*)
- ▶ Entretien du jardin
- ▶ Garde d'enfants
- ▶ Conduite à l'école (dans la limite d'un A/R par jour) et aux activités extrascolaires (dans la limite d'un A/R par semaine et par enfant) pour les enfants de moins de 16 ans.

PATHOLOGIES LOURDES

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

- ▶ Aide à domicile : 1 heure = 1 unité
- ▶ Présence d'un proche : 1 A/R + hébergement = 10 unités
- ▶ Livraison de médicaments : 1 livraison = 2 unités
- ▶ Transport aux RDV médicaux : 1 transport A/R = 4 unités
- ▶ Portage de repas : 1 livraison = 1 unité
- ▶ Livraison de courses : 1 livraison = 4 unités
- ▶ Coiffure à domicile* : 1 déplacement = 1 unité
- ▶ Entretien jardin : 1 heure = 1 unité
- ▶ Garde d'enfants : 1 heure = 2 unités
- ▶ Conduite à l'école ou aux activités extrascolaires :
1 trajet A/R = 2 unités

● Enveloppe de services pour les assurés* enfants

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

Les services pouvant être mis en œuvre sont les suivants :

- ▶ Garde d'enfant malade
- ▶ Présence d'un proche au chevet de l'enfant malade (prise en charge du transport A/R et de l'hébergement **dans la limite de 2 nuits**, petits-déjeuners **inclus à concurrence de 92 € par nuit**)
- ▶ Transport aux RDV médicaux (**dans un rayon de 50 km du domicile***),
- ▶ Portage des repas (**dans la limite d'une livraison par semaine** ; le coût du repas reste à la charge de l'assuré*)
- ▶ Livraison de courses (**dans la limite d'une livraison par semaine**. Le coût des courses reste à la charge de l'assuré*.)
- ▶ Coiffure à domicile* (le coût de la coupe reste à la charge de l'assuré*).

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

- ▶ Garde d'enfants : 1 heure = 2 unités
- ▶ Présence d'un proche au chevet :
1A/R + hébergement = 10 unités
- ▶ Transport aux RDV médicaux :
1 transport A/R = 4 unités
- ▶ Portage de repas : 1 livraison = 1 unité
- ▶ Livraison de courses : 1 livraison = 4 unités
- ▶ Coiffure à domicile* : 1 déplacement = 1 unité

● Visite d'un ergothérapeute et travaux d'aménagement du domicile*

L'assuré* peut bénéficier d'un bilan réalisé par un ergothérapeute comprenant l'analyse de ses capacités à réaliser les différents actes de la vie quotidienne et des propositions d'aménagement du domicile*. **Dans la limite d'un bilan par événement.**

À la suite de ce bilan, l'assuré* pourra être mis en relation avec un prestataire pour la mise en œuvre des travaux d'aménagement préconisés. Le coût des travaux reste à la charge de l'assuré*.

● Téléassistance

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

LES + EMPLOIS

Les garanties décrites ci-après, pensées particulièrement pour les Travailleurs non salariés (TNS), visent à faciliter le retour à l'emploi de l'adhérent* ou de son conjoint après un accident ou une maladie, ou à accompagner leur départ à la retraite.

Aide au retour à l'emploi

Les garanties décrites ci-dessous sont mises en œuvre en cas d'accident ou de maladie invalidante rendant impossible l'exercice de l'activité professionnelle.

POUR VOUS

- **Entretien téléphonique avec un travailleur social et/ou un ergothérapeute pour faciliter le retour à l'emploi :**

- ▶ informations et conseils sur les démarches liées à l'évolution de la situation professionnelle ;
- ▶ techniques de recherche d'emploi (CV, lettre de motivation, techniques de prospection, préparation et simulation d'entretien d'embauche) ;
- ▶ prospection d'offres d'emploi dans le secteur choisi par l'assuré* ne pouvant plus exercer son activité professionnelle.

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

POUR VOTRE CONJOINT*

- **Aide à la recherche d'un emploi :**

Accompagnement individualisé par un travailleur social pour un retour à l'emploi : connaissance du bassin d'emploi local, mise en ligne du CV, phoning. **Sur une durée maximale de 3 mois** au cours des 12 mois suivant l'événement.

Aide à la mobilité en cas d'immobilisation au domicile*

- **Transport sur le lieu de travail**

Après une immobilisation au domicile* et afin de faciliter le retour sur le lieu de travail, prise en charge de **5 trajets A/R** domicile-travail en taxi **dans un rayon de 30 km.**

Coaching retraite

Afin d'aborder sereinement le départ à la retraite, l'adhérent* ou son conjoint* peut bénéficier, sur simple demande, d'un bilan réalisé par un travailleur social : aide à la réflexion quant au choix de la date de départ à la retraite, évaluation des impacts sur la vie économique, sociale et familiale, aide dans les démarches.

Dans la limite **de 6 entretiens téléphoniques sur une période maximale d'un an.**

INFORMATIONS ET CONSEILS

Sur simple demande, un assuré* peut bénéficier, dès la souscription et **hors urgence médicale**, de :

- **Soutien psychologique à la suite d'un événement traumatisant (maladie, décès, licenciement, divorce)**

Prise en charge de 1 à 5 entretiens téléphoniques et de 1 à 3 entretiens en face à face si nécessaire avec un intervenant spécialisé, dans un délai d'un an à compter de la date de survenance de l'événement.

- **Conseils médicaux** (24h/24)

- **Informations juridiques**

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

- **Conseils sociaux**

Conseils sur les organismes sociaux, les démarches auprès de l'employeur, les caisses d'allocations familiales, les aides sociales ou financières...

Dans la limite de 5 entretiens par an et par foyer (du lundi au vendredi de 9h à 19h, hors jours fériés).

AIDANTS & AIDÉS

Accompagnement administratif et social

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

● Aide aux démarches administratives

Afin d'aider l'aidant* dans la rédaction des documents administratifs liés à la perte d'autonomie, mise à disposition d'un intervenant à domicile **dans la limite de 4 heures**, à raison de 2 heures minimum par intervention.

● Bilan social et aide à la décision de devenir aidant*

Entretien téléphonique avec un travailleur social afin d'aider la personne qui envisage de devenir aidant* à prendre une décision éclairée quant au choix d'assumer cette fonction. Cette prestation se décompose en quatre étapes :

- 1 - déterminer les besoins de l'aidé* ;
- 2 - accompagner l'aidant* dans son appréciation de ses capacités à faire face à son engagement en analysant les impacts sur sa vie sociale, professionnelle et économique ;
- 3 - proposer des solutions d'organisation du quotidien (recours à l'accueil temporaire, remplacement ponctuel, aménagement du logement...);
- 4 - donner des indications pour trouver d'éventuels financements.

Service accessible du lundi au vendredi de 8h30 à 17h.

● Assistance psychologique

Organisation et prise en charge, selon la situation :

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

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

Indisponibilité de l'aidant*

En cas d'hospitalisation imprévue de plus de 2 jours ou d'une immobilisation au domicile de plus de 5 jours de l'aidant* :

● Intervention d'une aide à domicile ou d'une auxiliaire de vie

- ▶ Mise à disposition d'une auxiliaire de vie pour la garde de jour de l'aidé*, du lundi au vendredi, de 8h à 20h.
- ▶ **OU** mise à disposition d'une aide à domicile ayant pour mission de réaliser des tâches quotidiennes telles que du ménage, la préparation des repas, la vaisselle, le repassage et les courses de proximité.

Minimum de 2 heures par intervention (dont 2 heures pour la venue, si nécessaire, d'une coordinatrice afin d'analyser

les besoins de l'aidé*) **dans la limite de 30 heures**, réparties sur une période maximale d'un mois à compter de la mise en œuvre de la prestation.

● Venue d'un proche ou transfert chez un proche

Organisation et prise en charge :

- ▶ Du transport A/R d'un proche en France métropolitaine,
- ▶ **OU** du transport A/R non médicalisé de l'aidé* chez un proche en France métropolitaine. Si cela est nécessaire, le transport d'un accompagnant est également pris en charge.

Garanties non cumulables et prises en charge dans la limite de 200 €.

● Répit de l'aidant*

En cas de fatigue physique ou morale de l'aidant*, nous le mettons en relation avec un réseau de services de proximité : auxiliaire de vie, aide à domicile, portage de repas...

Maintien à domicile

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

● Évaluation d'un ergothérapeute et aménagement du domicile

Organisation de la venue d'un ergothérapeute qui établit une évaluation de l'aidé* dans son lieu de vie. Si l'ergothérapeute propose des solutions d'aménagement du domicile, mise en relation de l'aidant* avec une structure qui sert d'intermédiaire avec les entreprises susceptibles de réaliser ces aménagements. Le coût des travaux n'est pas pris en charge.

● Téléassistance

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

Aide au déménagement

En cas de perte d'autonomie ou d'aggravation de la perte d'autonomie de l'aidé* et si celui-ci ne peut plus rester à domicile :

● Mise en relation avec une entreprise de déménagement

Le prix du déménagement reste à la charge de l'aidant* ou de l'aidé*.

● Nettoyage du logement

Organisation et prise en charge du nettoyage du logement quitté **dans la limite de 500 €** à prendre dans un délai d'un mois à compter du déménagement.

OBSÈQUES

Décès de l'adhérent* ou de son conjoint*

● Aide à l'organisation des obsèques

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

● Intervention d'une aide à domicile ou d'une auxiliaire de vie

► Mise à disposition d'une auxiliaire de vie pour la garde de jour, du lundi au vendredi, de 8h à 20h.

► **OU** mise à disposition d'une aide à domicile ayant pour mission de réaliser des tâches quotidiennes telles que du ménage, la préparation des repas, la vaisselle, le repassage et les courses de proximité.

Minimum de 2 heures par intervention (dont 2 heures pour la venue, si nécessaire, d'une coordinatrice afin d'analyser les besoins de l'assuré*) **dans la limite de 30 heures**, réparties sur une période maximale d'un mois.

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

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

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

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

Organisation et prise en charge d'une des prestations suivantes :

► Déplacement A/R d'un proche en France métropolitaine
► **OU** déplacement A/R des enfants ou petits-enfants et de l'adulte qui les accompagne au domicile* d'un proche en France métropolitaine.

En cas d'absence d'accompagnateur, l'accompagnement est assuré par un prestataire conventionné.

Si aucune de ces solutions ne convient, organisation et prise en charge de la garde des enfants chez un intervenant spécialisé ou au domicile* **dans la limite de 30 heures** réparties sur une période maximale d'un mois.

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

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

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

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

● La garde des chats et chiens

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

► **OU** garde des chats et/ou chiens au domicile d'un garde animalier **sur une période maximale de 30 jours**.

● Mise en relation avec une entreprise de déménagement.

Le prix du déménagement reste à la charge des proches.

● Nettoyage du logement

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

COMMENT METTRE EN ŒUVRE LES GARANTIES D'ASSISTANCE ?



Les garanties d'assistance **sont accordées en France (hors Départements et régions d'Outre mer) y compris Andorre et Principauté de Monaco.**

Les garanties d'assistance sont assurées par IMA Assurances. L'assuré* peut contacter les services d'IMA Assurances 24h/24 au numéro communiqué par la mutuelle.

Sauf cas de force majeure, l'assuré* dispose d'un délai de 7 jours à compter de l'événement générateur (immobilisation au domicile*, sortie d'hospitalisation/maternité, décès) **pour contacter IMA Assurances et demander la mise en place des garanties.**

Ce délai ne s'applique pas aux garanties suivantes : "Accompagnement administratif et social", "Maintien à domicile", "Aide au déménagement" et "Aide au retour à l'emploi". Pour ces garanties, l'assuré* dispose d'un **délai d'un an à compter de l'événement générateur** (accident ou maladie invalidante, perte d'autonomie ou aggravation de la perte d'autonomie de l'aidé*).

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

IMA Assurances se réserve le droit de demander la justification médicale de l'événement générant la mise en œuvre des garanties (certificat médical, bulletin d'hospitalisation, certificat de décès...).

La mise en œuvre des garanties "Aidants & aidés", est soumise à l'envoi à IMA Assurances :

- d'un justificatif de la perte d'autonomie de l'aidé* (justificatif de perception de l'AAEH, de la PCH, de l'AAH ou de l'APA),
- d'un certificat médical en cas d'aggravation de la perte d'autonomie de l'aidé*,
- d'un bulletin d'hospitalisation ou d'un certificat médical en cas d'hospitalisation ou d'immobilisation de l'aidant*.

Les garanties d'assistance sont mises en œuvre par IMA Assurances ou en accord préalable avec elle. Elles ne doivent pas se substituer aux interventions des services publics, ni aux prestations dues par les organismes sociaux et les employeurs.

IMA Assurances ne participera pas après coup aux dépenses que le bénéficiaire des garanties aurait engagées de sa propre initiative.

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

EXCLUSIONS DE GARANTIE

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

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

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

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

IMA Assurances ne sera pas tenue d'intervenir dans les cas où le bénéficiaire aurait commis de façon volontaire des infractions à la législation en vigueur.

Liste des codes DMT des établissements exclus de la garantie Hospitalisation médicale et chirurgicale.

Les séjours en établissements médico-sociaux*, dans les maisons de retraite, dans une unité de soins longue durée (USLD) ou dans un établissement dont le code DMT (discipline médico-tarifaire) est listé ci-dessous ne sont pas pris en charge au titre du contrat Garantie Santé.

Code DMT	LIBELLÉ
176	Long séjour pour personnes ayant perdu leur autonomie de vie
177	Cure médicale en établissement d'hébergement pour personnes âgées
212	Soins en EHPAD/établissements pour personnes âgées
263	Placement familial sanitaire
267	Action médico-sociale précoce pour enfants poly-handicapés
268	Action médico-sociale précoce pour autre catégorie de clientèle
269	Soins de type foyer à double tarification pour adulte handicapé
270	Éducation générale et soins spécialisés pour enfants déficients intellectuels
271	Éducation générale et soins spécialisés pour tous types de déficiences
273	Hébergement en service de soins de longue durée
278	Aide psychologique universitaire
292	Éducation générale et soins spécialisés pour enfants poly-handicapés
294	Éducation générale et soins spécialisés pour enfants déficients moteurs
295	Éducation générale et soins spécialisés pour enfants déficients visuels
298	Éducation générale et soins spécialisés pour enfants déficients auditifs
318	Action médico-sociale précoce pour tous types de déficiences
320	Activité des Centres Médico-Psycho-Pédagogiques
321	Action médico-sociale précoce pour enfants déficients auditifs
322	Action médico-sociale précoce pour enfants déficients visuels
323	Action médico-sociale précoce pour enfants déficients moteurs
324	Action médico-sociale précoce pour enfants déficients intellectuels
325	Placement familial spécialisé pour enfants handicapés
338	Rééducation professionnelle pour adultes déficients moteurs
339	Rééducation professionnelle pour adultes déficients intellectuels
341	Hébergement et soins en maison d'accueil spécialisée pour adultes handicapés
344	Hospice
345	Hospice
346	Hospice
348	Maison de retraite
349	Maison de retraite
350	Logement foyer pour personnes âgées F1
351	Logement foyer pour personnes âgées F2
357	Service de Soins Infirmiers à domicile
398	Placement familial spécialisé pour adultes handicapés
399	Pré-orientation pour adultes handicapés
411	Évaluation de situation des personnes
500	Éducation professionnelle et soins spécialisés pour adolescents déficients visuels
501	Éducation professionnelle et soins spécialisés pour adolescents poly-handicapés
502	Éducation professionnelle et soins spécialisés pour adolescents déficients intellectuels
503	Éducation professionnelle et soins spécialisés pour tous types de déficiences (sai)
504	Éducation générale et professionnelle et soins spécialisés pour enfants déficients intellectuels
505	Éducation générale et professionnelle et soins spécialisés pour tous types de déficiences
506	Rééducation professionnelle pour autre catégorie de clientèle
510	Accompagnement médico-social

Code DMT	LIBELLÉ
575	Rééducation professionnelle pour tous types de déficiences
588	Soins courants en établissements d'hébergement pour personnes âgées
630	Éducation générale et professionnelle et soins spécialisés autres catégories de clientèle
632	Logement foyer pour personnes âgées F1 bis
633	Services expérimentaux en faveur des personnes âgées (actions d'animation...)
654	Hébergement spécialisé, enfants et adolescents handicapés
657	Hébergement temporaire pour personnes âgées
658	Accueil temporaire
668	Éducation générale et soins spécialisés pour autre catégorie de clientèle
670	Éducation professionnelle et soins spécialisés pour adolescents déficients moteurs
671	Éducation professionnelle et soins spécialisés pour adolescents déficients auditifs
672	Éducation professionnelle et soins spécialisés pour autre catégorie de clientèle
678	Éducation générale et professionnelle et soins spécialisés pour enfants poly-handicapés
680	Éducation générale et professionnelle et soins spécialisés pour enfants déficients moteurs
681	Éducation générale et professionnelle et soins spécialisés pour enfants déficients visuels
684	Éducation générale et professionnelle et soins spécialisés pour enfants déficients audit.
690	Activité des établissements et services exper. en faveur de l'enfance handicapée
691	Activité des établissements et services exper. en faveur des adultes handicapés
806	Atelier thérapeutique pour adultes
807	Atelier thérapeutique pour adolescents
837	Préparation à la vie sociale pour adolescents déficients moteurs
840	Préparation à la vie sociale pour adolescents déficients auditifs
841	Préparation à la vie sociale pour adolescents déficients visuels
842	Préparation à la vie sociale pour adolescents poly-handicapés
843	Préparation à la vie sociale pour adolescents déficients intellectuels
844	Préparation à la vie sociale pour autre catégorie de clientèle
845	Préparation à la vie sociale pour tous types de déficiences (sai)
846	Éducation précoce pour enfants déficients auditifs
847	Éducation précoce pour enfants déficients visuels
848	Éducation précoce pour enfants déficients moteurs
849	Éducation précoce pour enfants polyhandicapés
850	Éducation précoce pour enfants déficients intellectuels
851	Éducation précoce pour autre catégorie de clientèle
852	Éducation précoce pour tous types de déficiences (sai)
853	Acquisition de l'autonomie et/ou intégration scolaire pour enfants déficients auditifs
854	Acquisition de l'autonomie et/ou intégration scolaire pour enfants déficients visuels
855	Acquisition de l'autonomie et/ou intégration scolaire pour enfants déficients moteurs
856	Acquisition de l'autonomie et/ou intégration scolaire pour enfants poly-handicapés
857	Acquisition de l'autonomie et/ou intégration scolaire pour enfants déficients intellectuels
858	Acquisition de l'autonomie et/ou intégration scolaire pour autre catégorie
859	Acquisition de l'autonomie et/ou intégration scolaire pour tous types de déficience
897	Hébergement ouvert en foyer pour adultes handicapés
901	Éducation générale et soins spécialisés pour enfants handicapés
902	Éducation professionnelle et soins spécialisés pour enfants handicapés
924	Hébergement en maison de retraite
925	Hébergement en logement-foyer pour P.A seule F1
926	Hébergement en logement-foyer pour P.A couple F2
927	Hébergement en logement-foyer pour P.A F1 bis
936	Hébergement de type foyer de vie pour adultes handicapés
938	Hébergement en hospice
939	Hébergement en foyer à double tarification pour adultes handicapés

A

Adhérent : Personne dont l'adhésion à la mutuelle a été acceptée et qui est à ce titre tenue au paiement des cotisations.

Aidant : Personne qui vient en aide, pour partie ou totalement, à titre non professionnel, à un proche en perte d'autonomie, pour les activités de la vie quotidienne. Peut avoir la qualité d'aidant : l'adhérent ou son conjoint.

Aidé : Proche de l'aidant qui relève ou est susceptible de relever des droits à l'une des aides suivantes :

- L'Allocation d'Éducation pour l'Enfant Handicapé (AEEH) pour les catégories 2 à 6,
- la Prestation de Compensation du Handicap (PCH),
- L'Allocation pour Adultes Handicapés (AAH)
- L'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA) au titre d'un classement GIR 1 à 4.

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

Ateliers d'activités physiques adaptés : Programmes d'activité physique et sportive, adaptés aux capacités et aux besoins biologiques de la personne (que cette dernière soit en situation de handicap, vieillissante ou atteinte de maladie chronique) à des fins d'amélioration de la santé, du bien-être et de l'autonomie. Ces programmes sont encadrés dans différentes structures telles que les hôpitaux, les cliniques spécialisées ou les maisons de retraite. Ils peuvent aussi être proposés par des professionnels formés et dédiés à l'enseignement d'activités physiques et sportives pour les publics spécifiques.

Auxiliaires médicaux : Infirmier(ère), masseur-kinésithérapeute, orthophoniste, orthoptiste, pédicure-podologue. Les sages femmes sont assimilées à des auxiliaires médicaux.

B

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

• Tarif d'autorité

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

• Tarif de convention

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

• Tarif de responsabilité

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

• Tarif forfaitaire de responsabilité

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

C-D

Conjoint : Personne unie à l'adhérent par les liens du mariage, selon les termes du Code civil. Sont assimilés au conjoint : le concubin et le partenaire lié par un pacte civil de solidarité (PACS), selon les dispositions du Code civil. Le conjoint, ou la personne assimilée, doit en outre vivre en couple avec l'adhérent, sous le même toit, de façon constante c'est-à-dire sans être séparé de corps ou de fait.

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

Dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée : Il s'agit de dispositifs, appelés Option de Pratique Tarifaire Maîtrisée (OPTAM) et Option de Pratique Tarifaire Maîtrisée Chirurgie et Obstétrique (OPTAM-CO), mis en place entre l'assurance maladie et les syndicats de médecins dans lesquels les médecins adhérents s'engagent notamment à limiter leurs dépassements d'honoraires. Le cahier des charges du contrat responsable impose une meilleure prise en charge des actes et consultations facturés par les médecins adhérents à l'un de ces dispositifs.

Domicile : Lieu de résidence de l'assuré à savoir son logement personnel ou celui de toute personne l'hébergeant à l'exception d'une maison de retraite ou d'un établissement spécialisé.

E-F

Établissements médico-sociaux : Établissements assurant des soins et une éducation spéciale ou professionnelle au profit des personnes âgées, des adultes ou enfants handicapés et des personnes sans domicile.

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

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

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

H-L

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 le Régime obligatoire.

M-N

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.

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

P

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

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

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

Proche : Ascendant direct, conjoint ou enfant, vivant ou non au domicile de l'aidant.

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

R

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

T

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

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

La Macif toujours à vos côtés

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



Disponible sur
App Store

DISPONIBLE SUR
Google Play

Assurances
Banque
Santé
Essentiel pour moi



Tous les papiers se trient et se recyclent



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

Apivia Mutuelle - Mutuelle régie par le Livre II du Code de la mutualité et adhérente à la Mutualité Française. SIREN : 775 709 710. Siège social : 45-49 avenue Jean Moulin - CS 60000 - 17034 La Rochelle cedex 1.

IMA Assurances - Société anonyme au capital de 7 000 000 € entièrement libéré. Entreprise régie par le Code des assurances. RCS NIORT : 481 511 632. Siège social : 118, avenue de Paris - 79000 Niort.

Santéclair - Société anonyme au capital de 3 834 029 € - RCS NANTES 428 704 977. Siège social : 7 Mail Pablo Picasso - 44046 Nantes Cedex 1.

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 : 2 et 4, rue de Pied de Fond - 79000 Niort. Intermédiaire en Opérations de Banque et en Services de Paiement pour le compte exclusif de Socram Banque. N° Orias 13005670 (www.orias.fr).

UNI/PREI/GS/05 01/19