


CONTRAT SANTE RESPONSABLE MACSF SOUSCRIT PAR L'A.L.A.P. AUPRES DE MACSF ASSURANCES

Tous les pourcentages exprimés au sein du tableau se calculent par référence au tarif de base de remboursement du Régime Obligatoire et en intègrent le remboursement. Les forfaits et plafonds de garantie (hors forfait monture et verres et aides auditives) sont valables par bénéficiaire et par année civile (pas de report d'une année sur l'autre des forfaits ou plafonds non utilisés). Les remboursements sont effectués sans qu'au total l'assuré puisse recevoir une somme supérieure à ses débours réels. Les forfaits monture et verres et aides auditives intègrent le remboursement du Régime Obligatoire.

Votre contrat tient compte du respect du parcours de soins et de la législation des contrats responsables (articles du code de la sécurité sociale L871-1 modifié par la loi n° 2018-1203 du 22 décembre 2018, R. 871-1 complété par le décret n°2014-1374 du 18 novembre 2014, et R 871-2 modifié par le décret n° 2019-21 du 11 janvier 2019). A ce titre, le contrat ne prend pas en charge les participations forfaitaires et les franchises médicales.



	Générique	Générique Plus Renfort Hospitalisation	Santé Responsable /Confort	Santé Plus Responsable /Optimum	Prémium
DEPENSES DE SANTE	REMBOURSEMENTS				
SOINS COURANTS					
Honoraires médicaux Honoraires de généralistes ou spécialistes, actes médicaux courants, actes d'imagerie, actes d'échographie, téléconsultation et télé médecine ⁽¹⁾					
- Praticiens ayant adhéré au DPTAM ⁽²⁾	100%	100%	150%	200%	250%
- Praticiens n'ayant pas adhéré au DPTAM ⁽³⁾	100%	100%	130%	180%	200%
Honoraires paramédicaux Honoraires des auxiliaires médicaux, actes paramédicaux courants, actes d'orthopédie, orthophonie, orthoptie.	100%	100%	150%	200%	250%
Honoraires psychologues Dispositif «Mon soutien Psy» Dans la limite de 12 séances par an et dans le respect du parcours de soin par un psychologue conventionné conformément aux dispositions de l'arrêté du 24 juin 2024.	100%	100%	100%	100%	100%
Médicaments Pharmacie (médicaments remboursés par le Régime Obligatoire (RO))	100%	100%	100%	100%	100%
Analyses et examens de laboratoire	100%	100%	150%	200%	250%
Transport remboursé par le RO	100%	150%	150%	150%	150%
Matériel médical Appareillage, matériel d'orthopédie	100%	100%	150%	200%	250%
Prothèses capillaires 100% SANTE*	100% FR ⁽⁶⁾	100% FR ⁽⁶⁾	100% FR ⁽⁶⁾	100% FR ⁽⁶⁾	100% FR ⁽⁶⁾
Fauteuil roulant 100% SANTE*	100% FR ⁽⁶⁾	100% FR ⁽⁶⁾	100% FR ⁽⁶⁾	100% FR ⁽⁶⁾	100% FR ⁽⁶⁾
Fauteuil roulant	100%	100%	150%+300€	200%+ 300€	250% +300€
HOSPITALISATION					
Honoraires Honoraires, frais chirurgicaux, soins externes des médecins					
- Praticiens ayant adhéré au DPTAM ⁽²⁾	100%	250%	150%	200%	250%
- Praticiens n'ayant pas adhéré au DPTAM ⁽³⁾	100%	200%	130%	180%	200%
Frais salle d'opération, Frais de séjour	100%	250%	150%	150%	250%
Forfait journalier hospitalier⁽⁴⁾	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Transport du malade	100%	150%	150%	150%	150%
Chambre particulière par jour⁽⁵⁾	30 €	100€	50 €	75 €	100€
Lit d'accompagnement par jour (enfant de - de 18 ans ou enfant handicapé fiscalement à charge) avec un maximum de 30 jours par hospitalisation	Non garanti	35€	25 €	25 €	35€
Hospitalisation à domicile	Se référer au remboursement prévu au tableau des garanties selon la nature de l'acte effectué au domicile				
Etablissements médico-sociaux (limité à 30 jours par an et par bénéficiaire et aux soins ayant fait l'objet d'un accord du RO)	Non garanti	Non garanti	Non garanti	100%	100%
Garantie Confort Hospitalisation par jour et par bénéficiaire (limite annuelle de 180 jours) jusqu'au 31 décembre du 75 ^{ème} anniversaire de l'assuré	15 € (en option)	30€	30 € (en option)	60 € (en option)	60€
DENTAIRE					
SOINS					
Ensemble des soins conservateurs, chirurgicaux ou de prévention	100%	100%	150%	150%	200%
SOINS ET PROTHESES 100% SANTE*					
Panier d'actes à prise en charge renforcée «100% santé » comprenant les prothèses dentaires et soins prothétiques	100% FR ⁽⁶⁾	100% FR ⁽⁶⁾	100% FR ⁽⁶⁾	100% FR ⁽⁶⁾	100% FR ⁽⁶⁾
PROTHESES					
Panier d'actes à reste à charge maîtrisé comprenant les prothèses dentaires et soins prothétiques	125%	150%	250%	300%	350%
Panier d'actes à tarifs libres comprenant les prothèses dentaires et soins prothétiques	125%	150%	250%	300%	350%
ORTHODONTIE ET IMPLANTOLOGIE					
Orthodontie remboursée par le RO	125%	125%	250%	300%	350%
Orthodontie non remboursée par le RO par an et par bénéficiaire	Non garanti	Non garanti	Non garanti	Non garanti	400€ ⁽⁷⁾

Implantologie Autres implants dentaires non visés par les paniers par an et par bénéficiaire (délai d'attente incompressible de 10 mois)		Non garanti	Non garanti	400 €	700 €	850€
Plafond de remboursement orthodontie, prothèses et implants par an et par bénéficiaire. ⁽⁸⁾		-	600 €	1 100 €	1 300 €	1700€

OPTIQUE					
EQUIPEMENTS 100% SANTE* Tous les 2 ans par bénéficiaire de plus de 16 ans (par an en cas d'évolution de la correction visuelle) et tous les ans pour les enfants de moins de 16 ans. Pour les enfants jusqu'à 6 ans, tous les 6 mois en cas de mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage de l'enfant entraînant une perte d'efficacité du verre correcteur.					
Equipement «100% santé » Panier classe A Monture + 2 verres La prestation d'appairage pour des verres de classe A d'indice de réfraction différents ainsi que le supplément pour les verres avec filtre de classe A sont intégralement pris en charge à hauteur du prix limite de vente, déduction faite du RO.	100% FR ⁽⁶⁾	100% FR ⁽⁶⁾	100% FR ⁽⁶⁾	100% FR ⁽⁶⁾	100% FR ⁽⁶⁾
EQUIPEMENTS TARIFS LIBRES -Panier classe B « tarifs libres » Tous les 2 ans par bénéficiaire de plus de 16 ans (par an en cas d'évolution de la correction visuelle) et tous les ans pour les enfants de moins de 16 ans. Pour les enfants jusqu'à 6 ans, tous les 6 mois en cas de mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage de l'enfant entraînant une perte d'efficacité du verre correcteur. Le remboursement de la monture ne peut excéder 100€. Se référer à la grille optique 2020 pour la correspondance des niveaux.					
Niveau 1 : Monture + 2 verres simples	100 €	100€	150 €	250 €	420€
Niveau 2 : Monture + 1 verre simple et 1 verre complexe	150 €	150€	250 €	350 €	560€
Niveau 3 : Monture + 1 verre simple et 1 verre ultra-complexe	200 €	200€	250 €	350 €	610€
Niveau 4 : Monture + 2 verres complexes	200 €	200€	300 €	450 €	700€
Niveau 5 : Monture + 1 verre complexe et 1 verre ultra-complexe	200 €	200€	300 €	450 €	750€
Niveau 6 : Monture + 2 verres ultra-complexes	200 €	200€	300 €	450 €	800€
Si le bénéficiaire opte pour un équipement composé d'une monture appartenant à la classe A (100% santé) et de verres appartenant à la classe B, et inversement, le plafond appliqué à l'ensemble de l'équipement sera le forfait d'un équipement de classe B. Le remboursement de la monture ne peut excéder 100€.					
LENTILLES par an et par bénéficiaire					
Lentilles remboursées par le RO	100 €	100€	200 €	250 €	300€
Lentilles non remboursées par le RO	Non garanti	Non garanti	150 €	200 €	250€
CHIRURGIE					
Chirurgie réfractive (traitement de la myopie non remboursé par le RO) par œil par an et par bénéficiaire	Non garanti	Non garanti	350 €	550 €	700€
AIDES AUDITIVES					
EQUIPEMENTS 100% SANTE* Tous les 4 ans par oreille et par bénéficiaire					
Equipement «100% santé » - Panier classe I	100% FR ⁽⁶⁾	100% FR ⁽⁶⁾	100% FR ⁽⁶⁾	100% FR ⁽⁶⁾	100% FR ⁽⁶⁾
EQUIPEMENTS TARIFS LIBRES Tous les 4 ans par oreille et par bénéficiaire					
Panier classe II « tarifs libres » bénéficiaire de plus de 20 ans	100%	100%	850€	1300€	1700€
Panier classe II « tarifs libres » bénéficiaire jusqu'à 20 ans	100%	100%	1700€	1700€	1700€
PREVENTION					
ACTES DE PREVENTION REMBOURSES PAR LE RO					
Actes et consultations de prévention remboursés par le RO dont notamment actes de prévention dentaires, dépistage des troubles de l'audition pour les personnes âgées de + 50 ans (1 fois tous les 5 ans), 1 ^{er} bilan oral pour un enfant de - de 14 ans, dépistage de l'hépatite B, ostéodensitométrie pour les femmes de +de 50 ans (1 fois tous les 6 ans)....	Se référer au remboursement prévu au tableau des garanties selon la nature de l'acte ou de la consultation effectués				
AUTRES ACTES DE PREVENTION NON REMBOURSES PAR LE RO					
Forfait contraception, par an et par bénéficiaire	Non garanti	Non garanti	30 €	60 €	80€
Consultations, diagnostic en diététique, par an et par enfant (enfant de - de 12 ans)	Non garanti	Non garanti	45 €	60 €	80€
Sevrage tabagique par an et par bénéficiaire	20 €	20 €	30 €	40 €	60€
Vaccins et traitements anti-paludéens par an et par bénéficiaire	50 €	50 €	60 €	90 €	110€
Médicaments prescrits mais non pris en charge par la sécurité sociale	Non garanti	Non garanti	Non garanti	30 €	50 €
AUTRES PRESTATIONS					
MATERNITE					
Maternité (naissance ou adoption) par enfant (délai d'attente incompressible de 10 mois)	100 €	100€	160 €	250 €	400€
CURES THERMALES ACCEPTEES PAR LE RO (hors frais de transport)					
	Non garanti	Non garanti	100%	100%	100%
PACK BIEN-ETRE OPTIONNEL					
	Cf. dessous				

OPTION ALLOCATION JOURNALIÈRE (Réservée aux agents non médicaux titulaires ou stagiaires de la fonction publique hospitalière de catégorie A, B ou C.)						
Après un délai d'attente incompressible de 12 mois	Catégorie A	Non garanti	Non garanti	20 €	25 €	25 €
	Catégorie B	Non garanti	Non garanti	18 €	22 €	22 €
	Catégorie C	Non garanti	Non garanti	15 €	18 €	18 €
ASSISTANCE						
		OUI	OUI	OUI	OUI	OUI

- (1)

Selon le Décret n° 2018-788 du 13 septembre 2018 relatif aux modalités de mise en œuvre des activités de télé médecine
- (2)

DPTAM correspond aux dispositifs de pratiques tarifaires maîtrisés comprenant : OPTAM : Option Pratique Tarifaire Maîtrisée
- (3)

OPTAM-CO : Option Pratique Tarifaire Maîtrisée Chirurgie et Obstétrique

En cas de dépassements tarifaires des médecins n'ayant pas adhéré à l'un des dispositifs de pratiques tarifaires maîtrisés OPTAM ou OPTAM-CO prévus par la convention nationale mentionnée à l'article L. 162-5 du code de la sécurité sociale, ces dépassements sont pris en charge, dans la double limite de 10% du tarif de responsabilité et du montant pris en charge pour les dépassements des médecins ayant adhéré à l'OPTAM ou OPTAM-CO minoré d'un montant égal à 20 % du tarif de responsabilité conformément au décret n° 2019-21 du 11 janvier 2019
- (4)

Forfait journalier facturé par les établissements de santé sans limitation de durée et limité à 30 jours pour les établissements médico-sociaux
- (5)

Limité à 90 jours par an et par bénéficiaire pour les séjours en neuropsychiatrie et à 30 jours par an et par bénéficiaire pour les établissements médico-sociaux
- (6)

Frais Réels dans la limite du Prix Limite De Vente (PLV)
- (7)

Dans la limite de 200€ par semestre par bénéficiaire
- (8)

Les frais de soins dentaires prothétiques et soins d'orthopédie dento-faciale sont garantis à hauteur de 125% de la BR au-delà du plafond pour toutes les formules. Ce plafond ne s'applique pas pour le Panier d'actes à prise en charge renforcée « 100% santé »
- *Tels que définis réglementairement

GRILLE OPTIQUE 2024 (conforme au Décret n°2019-21 du 11 janvier 2019, codifié à l'article R871-2 du code de la sécurité sociale)	
Niveau 1	Equipement comportant 2 verres parmi les suivants : <ul style="list-style-type: none"> - verre unifocal sphérique dont la sphère est comprise entre -6,00 et + 6,00 dioptries - verre unifocal sphéro-cylindrique dont la sphère est comprise entre -6,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries - verre unifocal sphéro-cylindrique dont la sphère est positive et dont la somme S (sphère + cylindre) est inférieure ou égale à 6,00 dioptries
Niveau 2	équipement comportant un verre mentionné au niveau 1 et un verre mentionné au niveau 4
Niveau 3	équipement comportant un verre mentionné au niveau 1 et un verre mentionné au niveau 6
Niveau 4	Equipement comportant 2 verres parmi les suivants : <ul style="list-style-type: none"> - verre unifocal sphérique dont la sphère est hors zone de -6,00 à + 6,00 dioptries - verre unifocal sphéro-cylindrique dont la sphère est comprise entre -6,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries - verre unifocal sphéro-cylindrique dont la sphère est inférieure à -6,00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 dioptrie - verre unifocal sphéro-cylindrique dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 6,00 dioptries ; - verre multifocal ou progressif sphérique dont la sphère est comprise entre -4,00 et + 4,00 dioptries ; - verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique dont la sphère est comprise entre -8,00 et 0,00 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries ; - verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique dont la sphère est positive et dont la somme S est inférieure ou égale à 8,00 dioptries
Niveau 5	équipement comportant un verre mentionné au niveau 4 et un verre mentionné au niveau 6
Niveau 6	Equipement comportant 2 verres parmi les suivants : <ul style="list-style-type: none"> - verre multifocal ou progressif sphérique dont la sphère est hors zone de -4,00 à + 4,00 dioptries ; - verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique dont la sphère est comprise entre -8,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries ; - verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique dont la sphère est inférieure à -8,00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 dioptrie ; - verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 8,00 dioptries.

PACK BIEN-ETRE OPTIONNEL	
Il comprend la prise en charge : <ul style="list-style-type: none"> des consultations de soins non remboursées par le Régime obligatoire ne relevant pas d'un autre poste déjà garanti au contrat et pratiquées par un médecin ou un professionnel de santé autorisé avec un numéro RPPS ou ADELI ; des séances d'activités physiques adaptées prescrites médicalement en cas d'affection longue durée (ALD) et selon les dispositions réglementaires en vigueur ; des dispositifs médicaux connectés ou non, ne relevant pas d'un autre poste déjà garanti au contrat, suivants : tensiomètre, débitmètre de pointe, TENS, neurostimulation électrique transcutanée, pilulier, oxymètre et thermomètre ; d'un forfait pour le bilan prévention santé kiné réalisé par un kinésithérapeute formé à la pratique de ce bilan. 	150€ par an et par bénéficiaire toute prestation confondue