



Mutuelle Centrale des Finances

Mutuelle n° 302 976 568

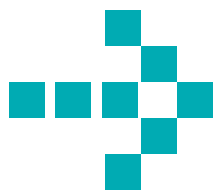
Régie par le livre II du Code de la Mutualité

Règlement maladie

Offre MCF Santé

2019





RÈGLEMENT MALADIE

SECTION I – Prestations

Article 1 - Les adhérents ont le choix entre les trois offres santé suivantes :

- MCF Santé ;
- MCF Santé Plus ;
- MCF Prévention.

Pour chacune de ses offres, une grille prestataire spécifique est établie et reprise dans le présent règlement.

La durée minimale de séjour dans une offre est de deux ans et toute demande de changement doit être présentée avant le 30 septembre de l'année précédant celle où l'adhérent souhaite que ce changement d'offre prenne effet.

Ce délai de deux ans n'est pas appliqué aux adhérents éligibles à l'Aide pour une Complémentaire Santé (ACS), qui peuvent changer d'offre santé dès l'obtention de l'ACS et revenir à l'offre initiale dès que l'ACS prend fin. Cette disposition s'applique à compter du 1^{er} août 2015.

Les adhérents dont le conjoint bénéficie d'un contrat groupe d'entreprise couvrant obligatoirement sa famille peuvent opter, en cours d'année, pour les offres suivantes :

- OPTIQUE Plus

et/ou

- CHIRURGIE Plus.

L'offre OPTIQUE Plus permet de compléter les remboursements effectués par la Sécurité sociale et la Mutuelle principale de l'adhérent afin que le reste à charge pour les verres soit égal à zéro. L'offre CHIRURGIE Plus permet de compléter les remboursements effectués par la Sécurité sociale et la Mutuelle principale de l'adhérent afin que le reste à charge pour les actes chirurgicaux effectués en milieu hospitalier soit égal à zéro.

Compte-tenu des prestations proposées, les offres OPTIQUE Plus et CHIRURGIE Plus ne sont pas éligibles à la notion de contrats responsables et, à ce titre, ne peuvent pas bénéficier d'une taxation minorée.

Les prestations du service « Frais de Maladie » viennent en complément des prestations en nature d'assurance maladie et d'assurance maternité servies par l'assurance maladie obligatoire et ce, dans la limite du prix payé.

Toutefois, dans certains cas, la Mutuelle peut être amenée à participer au remboursement de frais de santé non pris en charge par le régime obligatoire. Ces participations sont indiquées dans les grilles prestataires de chaque offre.

À compter de l'entrée en vigueur respective de la Classification Commune des Actes Médicaux (CCAM), pour les soins ambulatoires, et de la tarification à l'activité (T2A), pour les soins hospitaliers, les nouvelles grilles de prestation (grilles CCAM/T2A) se substituent aux anciennes grilles ci-dessous (grille NGAP, pour les soins ambulatoires ; tarification au prix de journée, pour les soins hospitaliers), maintenues en vigueur jusqu'à réalisation de cette condition suspensive.

Dans le cadre de la CCAM, pour les risques ambulatoires, la participation de la Mutuelle est limitée au montant du ticket modérateur correspondant à la différence entre la base de remboursement risque obligatoire et la participation de la Sécurité sociale. Pour les remboursements de frais pharmaceutiques, la Mutuelle intervient en complément de l'assurance maladie obligatoire, soit sur la base du tarif forfaitaire de responsabilité, lorsqu'il en existe

un, soit sur la base du tarif public pour les autres médicaments, dans les conditions et limites fixées dans les grilles prestataires de chaque offre santé.

Conformément aux règles instaurées par l'article 56 de la LFSS 2014, pour la qualification des contrats solidaires et responsables, le remboursement des équipements d'optique médicale est limité à un équipement par an pour les enfants de moins de 18 ans et à un équipement tous les deux ans pour les adhérents et leurs bénéficiaires de plus de 18 ans.

Pour le calcul de ces délais est retenue la date de renouvellement des contrats « Frais de Maladie », à savoir, le 1^{er} janvier de l'année civile au cours de laquelle le premier achat a eu lieu (exemple si un équipement d'optique adulte est remboursé en 2015, un nouvel équipement ne pourra être remboursé que s'il est acheté en 2017). La gestion du risque hospitalisation est réalisée dans le cadre des conventions de la M.F.P.

La gestion du risque dentaire est réalisée dans le cadre des conventions de la M.F.P., avec maintien des participations MCF lorsqu'elles permettent d'accorder un meilleur remboursement aux adhérents.

Les soins reçus à l'étranger par les élèves de l'Ecole Nationale d'Administration, lors des stages de formation obligatoires, sont couverts par la Mutuelle, de telle sorte que le reste à charge de l'adhérent soit limité à 10% des dépenses totales, exception faite des soins prothétiques et des dépenses d'optique médicale pour lesquels la grille statutaire s'applique sans dérogation.

Pour les adhérents bénéficiant du régime obligatoire servi par la caisse de compensation des prestations familiales des accidents du travail et de prévoyance des travailleurs de Nouvelle Calédonie (CAFAT) ou de la CPS (Caisse de Prévoyance Sociale), la participation de la Mutuelle est égale au montant du ticket modérateur laissé à leur charge par cet organisme. Pour les soins non pris en charge par la CAFAT ou la CPS mais donnant lieu à remboursement par le régime obligatoire de la Sécurité sociale, la participation de la Mutuelle sera égale à ce qui est prévu dans la grille prestataire correspondant à l'offre choisie par l'adhérent.

Article 2 – Contrats responsables

Les offres santé MCF Santé, MCF Santé Plus et MCF Prévention sont toutes éligibles à la notion de contrats solidaires et responsables.

À ce titre, d'une part, il n'y a aucune sélection médicale lors de la souscription de ces trois offres et, d'autre part, ses grilles prestataires sont établies dans le respect des règles instaurées par la loi L2004-810 du 13 août 2004 et l'article 56 de la LFSS 2014.

En particulier :

1. La Mutuelle ne prend pas en charge :
 - La participation forfaitaire pour les consultations et les actes médicaux dispensés par les médecins généralistes et spécialistes en ville, dans un établissement ou un centre de santé et pour les actes de biologie (article 20 de la loi L2004-810 du 13 août 2004) ;
 - Les franchises médicales mentionnées au III de l'article L322-2 du Code de la Sécurité sociale, applicable dans les conditions et limites prévues par les lois et règlements, lors de l'achat d'un médicament mentionné aux articles L.5111-2, L.5121-1 et L.5126-4 de Code de la Santé Publique, à l'exception de ceux délivrés au cours d'une hospitalisation ; aux

actes effectués par un auxiliaire médical, soit en ville, soit dans un établissement ou un centre de santé, à l'exclusion des actes pratiqués au cours d'une hospitalisation et aux transports mentionnés au 2° de l'article L.321-1 du Code de la Sécurité sociale effectués en véhicule sanitaire terrestre ou taxi, à l'exception des transports d'urgence (article 52 de la loi L.2007-1786 du 19 décembre 2007) ;

- La majoration de la participation des assurés en cas de recours direct à un médecin autre que le médecin traitant (article 7 de la loi L.2004-810 du 13 août 2004), à savoir les actes effectués hors parcours de soins ;

- Le ticket modérateur en cas de refus d'accès au dossier médical personnel (article 3 de la loi L.2004-810 du 13 août 2004) ;

- Le ticket modérateur en cas de non présentation du protocole de soins dans les affections de longue durée (article 6 de la loi L.2004-810 du 13 août 2004) ;

- Les dépassements d'honoraires sur le tarif des actes et consultations en cas de recours à un médecin spécialisé sans prescription préalable du médecin traitant (article 8 de la loi L.2004-810 du 13 août 2004).

2. La Mutuelle prend en charge :

- Les actes de prévention mentionnés dans l'arrêté du 8 juin 2006 pris pour application de l'article L.871-1 du Code de la Sécurité sociale et fixant la liste des prestations de prévention prévues à l'article R.871-2 du même code ;

- L'intégralité du ticket modérateur pour tous les actes remboursables par l'assurance maladie obligatoire (sauf les médicaments remboursés à 15%) effectués dans le cadre du parcours de soins ;

- Le forfait journalier en cas d'hospitalisation, sans limitation ;

- La participation forfaitaire de 24 € (décret 2006-707 du 19 juin 2006) s'appliquant aux actes dont le tarif est égal ou supérieur à 120 € ou ayant un coefficient égal ou supérieur à 50 ;

- Les dépassements de tarif en optique médicale dans le respect des planchers et plafonds et dans la limite d'un équipement tous les deux ans (sauf en cas d'évolution de la vue et pour les mineurs - pour ces derniers, un équipement par an est autorisé), règles instaurées par l'article 56 de la LFSS 2014 et précisées par le décret du 19 novembre 2014 - Pour le calcul de ce délai de deux ans est retenu la date de renouvellement des contrats « Frais de Maladie », à savoir, le 1^{er} janvier de l'année civile au cours de laquelle le premier achat a eu lieu (exemple si un équipement d'optique adulte est remboursé en 2015, un nouvel équipement ne pourra être remboursé que s'il est acheté en 2017) ;

- Lorsque la garantie prévoit une participation aux dépassements d'honoraires, si le professionnel de santé n'a pas signé l'Option de Pratique Tarifaire Maîtrisée (OPTAM et OPTAM CO), la participation ne peut être supérieure à 100% du tarif de base de la Sécurité sociale et, si le professionnel de santé a signé l'Option de Pratique Tarifaire Maîtrisée, la participation Mutuelle est supérieure de 20%, au minimum, de celle prévue pour ceux n'ayant pas signé ce contrat.

Par ailleurs, la Mutuelle communique annuellement aux assurés le montant et la composition des frais de gestion et d'acquisition.

Article 3 - La garantie du service « Frais de Maladie » s'étend obligatoirement et seulement à tous les membres de la famille du membre participant ou du bénéficiaire cotisant, qualifiés d'ayants droit au sens de la législation de la Sécurité sociale.

Toutefois, en cas de divorce ou de séparation, la réglementation de la Sécurité sociale autorise la double affiliation des enfants, sur le compte de leur père et sur celui de leur mère. Aussi, le membre participant ou le bénéficiaire cotisant se trouvant dans cette situation, peut demander, justificatif à l'appui, que ses enfants ayants droit ne bénéficient pas de la couverture mutualiste complémentaire.

Article 4 - Le remboursement des dépenses de maladie par la Mutuelle ne peut être supérieur au montant des frais restant à la

charge effective de l'adhérent. Il s'effectue, pour les bénéficiaires cotisants, sur présentation des décomptes originaux établis par leur Caisse d'Assurance Maladie.

SECTION II – Cotisations

Article 5 - La cotisation mensuelle du service « frais de maladie » des adhérents âgés de moins de 35 ans, membres participants ou bénéficiaires cotisants est fixée forfaitairement, sans tenir compte des revenus. Celle des adhérents, membres participants, bénéficiaires cotisants, veufs ou veuves d'un membre participant ou d'un bénéficiaire cotisant, de 35 ans et plus, est fixée forfaitairement selon les tranches de ressources figurant aux tableaux ci-après, annexés au présent règlement, et en tenant compte du nombre de personnes garanties.

Est retenu :

- pour les membres participants actifs, le montant total des rémunérations (salaire + primes + indemnités) perçues au cours de l'année n-2.

- pour les bénéficiaires cotisants indépendants non retraités, le montant du revenu net imposable d'activité professionnelle de l'année n-2.

- pour les retraités, membres participants et bénéficiaires cotisants, le montant net imposable figurant sur la ligne « pensions, retraites, rentes » de leur dernier avis d'imposition.

Les adhérents doivent communiquer avant le 30 septembre de chaque année les justificatifs de leurs nouvelles ressources. À défaut, la cotisation plafond est appliquée.

Ces cotisations sont dues intégralement du premier jour du mois d'inscription.

La radiation des bénéficiaires cotisants, conjoints, partenaires liés par un pacte civil de solidarité, concubins ou enfants d'un membre participant, et celle des ayants droit, ne peuvent intervenir avant la date de dépôt de la demande.

À défaut de présentation des documents nécessaires à la détermination des tranches de ressources définies aux tableaux des grilles de cotisations ci-après, c'est la cotisation plafond qui sera appliquée.

Article 6 - Les membres participants suivant une scolarité dans un établissement de formation de la Fonction publique (E.N.A., I.R.A., autres...) se voient appliquer une cotisation spécifique mentionnée aux tableaux ci-après, annexés au présent règlement.

La cotisation du service « Frais de Maladie » des membres participants éligibles à la Couverture Maladie Universelle est prise en charge intégralement, depuis le 1^{er} janvier 2000, par la Mutuelle.

Depuis le 1^{er} août 2015, sur présentation de l'accord de leur Caisse Primaire d'Assurance Maladie, les adhérents bénéficiaires de l'Aide pour une Complémentaire Santé (ACS) disposent d'une réduction de leurs cotisations à la garantie « frais de maladie » égale au montant de l'aide dont ils auraient bénéficié s'ils avaient souscrit à un contrat d'assurance de santé labellisé dans le cadre de l'ACS. À tranche de revenus identique, cette réduction est limitée au montant annuel de la cotisation correspondant à l'offre MCF Santé.

SECTION III – Règlement des litiges

Article 7 - En cas de difficultés liées à l'application ou à l'interprétation du présent règlement mutualiste, l'adhérent adresse une réclamation écrite à la Mutuelle, par simple lettre ou par courriel. Après épuisement de la procédure de règlement des litiges propre à la Mutuelle et dès lors qu'un accord n'a pas pu intervenir entre l'adhérent et la Mutuelle, celui-ci peut avoir recours au Médiateur Fédéral de la Mutualité française. Le règlement de la médiation fédérale est disponible sur le site internet de la Mutuelle. Les coordonnées et l'adresse du site internet du Médiateur Fédéral figurent sur le site internet de la Mutuelle, ses statuts et règlements mutualistes, les bulletins d'adhésion, notices contrats collectifs et tous autres documents d'information.



GRILLE DES PRESTATIONS MCF SANTÉ POUR L'ANNÉE 2019

SOINS COURANTS NGAP

Nomenclature Générale des Actes Professionnels

AVERTISSEMENT

Les taux de participation Sécurité sociale et en conséquence les taux de couverture totale sont donnés à titre indicatif, la Mutuelle ne s'engageant que sur ses propres taux d'intervention.

Nature des soins	SS	MCF Santé	Total
Soins externes en milieu hospitalier public (y compris centres médicaux et d'optique de la Fédération Interdépartementale de la Région Parisienne)	60% - 65% ou 70% BR	40% - 35% ou 30% BR	100% BR
Consultations de médecins (généralistes et spécialistes)	70% BR	30% BR	100% BR
Consultation d'ostéopathie médicale (effectuée chez un ostéopathe ayant reçu le titre définitif du droit d'exercice par les autorités de tutelle) et chiropratique		20 € par acte dans la limite de 4 par an	20 €, par acte dans la limite de 4 par an
Consultation de Médecin acupuncteur		10 €	10 €
Analyses / Masseurs* / Orthophonistes* / Orthoptistes*	60% BR	40% BR	100% BR
Pédicures* actes pris en charge par la Sécurité sociale	60% BR	40% BR	100% BR
Pédicures actes pris en charge ou non par la Sécurité sociale (sur présentation d'une prescription médicale)		30 €	30 € dans la limite de 3 séances par an
Recherche du Cholestérol HDL		15 € dans la limite du prix payé	15 € dans la limite du prix payé
Examens de laboratoire médicalement prescrits mais non pris en charge par la Sécurité sociale		Forfait annuel de 30 € dans la limite du prix payé	Forfait annuel de 30 € dans la limite du prix payé
Infirmiers	60% BR	40% BR	100% BR
Sages-femmes	70% BR	30% BR	100% BR
Transports	65% BR	35% BR	100% BR

BR = Base de Remboursement Sécurité sociale

* Prise en charge Sécurité sociale parfois soumise à entente préalable

SOINS COURANTS CCAM

Classification Commune des Actes Médicaux

Nature des soins	Codes regroupement	SS	MCF Santé	Total
Actes chirurgicaux (hors hospitalisation ou acte opératoire effectué en ambulatoire)	ADC	70% BR	30% BR	100% BR
Actes de radiologie, scanner, IRM, actes de radiologie vasculaire diagnostic, acte de médecine nucléaire diagnostic	ADI	70% BR	30% BR	100% BR
Actes d'échographie / doppler	ADE	70% BR	30% BR	100% BR
Actes diagnostics, chimiothérapie, radiothérapie, médecine nucléaire thérapeutique*	ATM	70% BR 100% BR	120% BR 90% BR	190% BR 190% BR

* Le taux de participation de la Mutuelle est ramené à 70% de la base de remboursement Sécurité sociale (BR) si le professionnel de santé n'a pas adhéré à l'Option de Pratique Tarifaire Maîtrisée (OPTAM)

HOSPITALISATION HORS T2A

(Tarification À l'Activité)

Autres services que médecine, chirurgie et obstétrique

→ Hôpitaux publics

Nature des soins	SS	MCF Santé	Total SS + MCF Santé	RFH	Total SS + RFH
Prix de journée (incluant les honoraires médicaux)	100% BR ou 80% BR	100% BR	200% BR ou 180% BR	- ou 20% BR	100% BR
Chirurgie ambulatoire*	100% BR ou 80% BR	100% BR	200% BR ou 180% BR	- ou 20% BR	100% BR
Forfait d'hébergement en cas de séjour hospitalier en ambulatoire		15 €		15 €	
Forfait journalier (à hauteur du montant pris en charge dans le cadre du RFH)		20 €		20 €	
Chambre particulière et frais d'accompagnement		Dans la limite de 33 € par jour		Selon tarif négocié	

* Le taux de participation de la Mutuelle est ramené à 80% de la BR si le professionnel de santé n'a pas adhéré à l'Option de Pratique Tarifaire Maîtrisée

→ Cliniques privées

Nature des soins	SS	MCF Santé	Total SS + MCF Santé	RFH	Total SS + RFH
Prix de journée	100% BR ou 80% BR	100% BR	200% BR ou 180% BR	- ou 20% BR	100% BR
Honoraires médicaux* (hors CCAM)	100% BR ou 80% BR	100% BR	200% BR ou 180% BR	50% BR ou 70% BR	150% BR
Actes chirurgicaux* (code regroupement CCAM = ADC)	100% BR ou 80% BR	100% BR	200% BR ou 180% BR	50% BR ou 70% BR	150% BR
Chirurgie ambulatoire* (code regroupement CCAM = ADC)	100% BR ou 80% BR	100% BR	200% BR ou 180% BR	50% BR ou 70% BR	150% BR
Forfait d'hébergement en cas de séjour hospitalier en ambulatoire		15 €		15 €	
Actes d'anesthésie réanimation* (code regroupement CCAM = ADA)	100% BR ou 80% BR	100% BR	200% BR ou 180% BR	50% BR ou 70% BR	150% BR
Forfait journalier (à hauteur du montant pris en charge dans le cadre du RFH)		20 €		20 €	
Chambre particulière et frais d'accompagnement Hébergement en structure hospitalière suite à une intervention chirurgicale avec anesthésie		Dans la limite de 33 € par jour		Selon tarif négocié	

* Le taux de participation de la Mutuelle est ramené à 80% de la BR si le professionnel de santé n'a pas adhéré à l'Option de Pratique Tarifaire Maîtrisée

→ Maisons de repos

Nature des soins	SS	MCF Santé	Total SS + MCF Santé	RFH	Total SS + RFH
Prix de journée (incluant les honoraires médicaux)	100% BR ou 80% BR	- ou 20% BR	100% BR		100% BR ou 80% BR
Forfait journalier (à hauteur du montant pris en charge dans le cadre du RFH)		20 €		20 €	
Chambre particulière					

HOSPITALISATION T2A

(Tarification À l'Activité)

Services médecine, chirurgie et obstétrique

→ Hôpitaux publics et cliniques privées

Nature des soins	SS	MCF Santé	Total SS + MCF Santé	RFH	Total SS + RFH
Hébergement et accueil, forfaits environnement, forfaits chimiothérapie, forfaits médicaments, forfaits divers (actes inclus dans le Groupe Homogène de Séjour - GHS - donnant lieu à une tarification forfaitaire par pathologie)	100% GHS ou 80% GHS	100% GHS	200% GHS ou 180% GHS	- ou 20% GHS	100% GHS
Hospitalisation à domicile (Groupe Homogène Traitement - GHT - donnant lieu à une tarification forfaitaire par pathologie)	100% GHT ou 80% GHT	100% GHT	200% GHT ou 180% GHT	- ou 20% GHT	100% GHT
Forfaits divers non inclus dans le GHS ou le GHT (urgence, matériels, IVG, dialyse, réanimation et surveillance continue)	100% BR ou 80% BR	100% BR	200% BR ou 180% BR	- ou 20% BR	100% BR
Honoraires médicaux* (hors CCAM)	100% BR ou 80% BR	100% BR	200% BR ou 180% BR	50% BR ou 70% BR	150% BR
Actes chirurgicaux* (code regroupement CCAM = ADC)	100% BR ou 80% BR	100% BR	200% BR ou 180% BR	50% BR ou 70% BR	150% BR
Chirurgie ambulatoire*	100% BR ou 80% BR	100% BR	200% BR ou 180% BR	50% BR ou 70% BR	150% BR
Forfait d'hébergement en cas de séjour hospitalier en ambulatoire		15 €		15 €	
Actes d'anesthésie réanimation (code regroupement CCAM = ADA)	100% BR ou 80% BR	100% BR	200% BR ou 180% BR	50% BR ou 70% BR	150% BR
Accouchements, césariennes (code regroupement CCAM = ACO)	100% BR	100% BR	200% BR	50% BR	150% BR
Forfait journalier (à hauteur du montant pris en charge dans le cadre du RFH)		20 €		20 €	
Chambre particulière et frais d'accompagnement Hébergement en structure hospitalière suite à une intervention chirurgicale avec anesthésie		Dans la limite de 33 € par jour		Selon tarif négocié	

* Le taux de participation de la Mutuelle est ramené à 80% de la BR si le professionnel de santé n'a pas adhéré à l'Option de Pratique Tarifaire Maîtrisée

PHARMACIE

	SS	MCF Santé	Total
Médicaments appartenant à un même groupe générique et soumis à Tarif Forfaitaire de Responsabilité	100% TFR 65% TFR 30% TFR	- 35% TFR 70% TFR	100% TFR 100% TFR 100% TFR
Autres médicaments	100% TP 65% TP 30% TP 15% TP	- 35% TP 70% TP -	100% TP 100% TP 100% TP 15% TP
Produits et accessoires médicalement prescrits et délivrés en pharmacie (codes regroupement = AAD, AAR, ARO, GLU, MAC, MAD, PAN)	60% LPP 100% LPP	40% LPP -	100% LPP 100% LPP
Vaccins et injections (y compris pour les voyages à l'étranger)		Prise en charge intégrale	Prise en charge intégrale
Produits et accessoires médicalement prescrits aux insulino-dépendants et délivrés en pharmacie	100% LPP	Complément prix payé	Remboursement intégral
Contraceptifs oraux non pris en charge par la Sécurité sociale		36 € par an	36 € par an

TFR = Tarif Forfaitaire de Responsabilité

TP = Tarif Public

LPP = Liste des Produits et Prestations

DENTAIRE (NGAP)

Nature des soins	SS	MCF Santé	Total
Orthodontie	70% ou 100% BR	250% BR	320% ou 350% BR
Surfaçage dentaire (dans la limite de deux séances par an)		100 € par séance	100 € par séance
Traitement de la maladie parodontale non pris en charge par la Sécurité sociale		200 € par an	200 € par an

BR = Base de Remboursement Sécurité sociale

DENTAIRE CCAM

Classification Commune des Actes Médicaux

Nature des soins	Codes regroupement	SS	MCF Santé	Total
Soins conservateurs dentaires Actes dentaires, inlay-onlay Endodontie Radios dentaires	SDE INO END ADI	70% BR	30% BR	100% BR
Parodontologie (si prise en charge par la Sécurité sociale)	TDS	70% BR	30% BR	100% BR
Prothèses dentaires prises en charge par la Sécurité sociale mais non soumises à un plafond de facturation : Prothèse dentaire provisoire Réparation sur prothèse Inlay-core Prothèse fixe métallique Prothèse fixe céramique Prothèse sur implant	PDT RPN ICO PFM PFC IMP	70% BR	200% BR	270% BR
Prothèses dentaires prises en charge par la Sécurité sociale et soumises à un plafond de facturation, composant le panier de soins défini par la convention dentaire (sous réserve qu'elles respectent les critères du panier de soins 100% santé et que le prix limite de vente soit appliqué)		70% BR	Prix limite de vente (PLV) moins remboursement Sécurité sociale	Intégralité de la dépense
Prothèses dentaires amovibles prises en charge par la Sécurité sociale mais non soumises à prix limite de vente.	PAR PAM	70% BR	350% BR 200% BR	420% BR 270% BR
Prothèses dentaires amovibles prises en charge par la Sécurité sociale et soumises à un plafond de facturation, composant le panier de soins défini par la convention dentaire (sous réserve qu'elles respectent les critères du panier de soins 100% santé et que le prix limite de vente soit appliqué)		70% BR	Prix limite de vente (PLV) moins remboursement Sécurité sociale	Intégralité de la dépense
Implantologie (si prise en charge par la Sécurité sociale)	IMP	70% BR	200% BR	270% BR
Implantologie (en l'absence de prise en charge par la Sécurité sociale) (sous réserve que le chirurgien dentiste ou le médecin stomatologiste soit conventionné par la Sécurité sociale)	IMP		300 € par année civile, quel que soit le nombre d'implants	300 € par année civile, quel que soit le nombre d'implants
Traitement d'orthodontie (si prise en charge par la Sécurité sociale)	TOR	70% ou 100% BR	250% BR	320% ou 350% BR
Actes de prophylaxie bucco-dentaire (si prise en charge par la Sécurité sociale)	AXI	70% BR	30% BR	100% BR

BR = Base de Remboursement Sécurité sociale

DENTAIRE

Prothèses dentaires dans le cadre de la convention MFP/CNSD
(Ces prestations ne s'appliquent que jusqu'au 31/03/2019)

Nature des soins	SS	MCF Santé	Total
Pose d'une couronne transitoire et d'une couronne définitive localisée sur toutes les dents sauf les molaires	70% BR	397,95 €	473,20 €
Pose d'une couronne transitoire et d'une couronne définitive localisée sur les molaires (sauf couronne céramo-céramique)	70% BR	195,15 €	270,40 €
Pose d'une couronne transitoire, uniquement en cas d'urgence ou si la couronne définitive n'est pas effectuée*		50,70 €	50,70 €
Pose d'une prothèse plurale dentoportée définitive (bridge) comportant 2 piliers d'ancrage métalliques et 1 élément intermédiaire métallique	70% BR	954,35 €	1 150 €
Pose d'une prothèse plurale dentoportée définitive (bridge) de 3 dents comportant au moins 1 pilier d'ancrage ou 1 élément intermédiaire céramométallique ou en équivalent minéraux	70% BR	1 000 €	1 195,65 €
Adjonction d'un élément intermédiaire à une prothèse plurale dentoportée définitive (bridge)	Néant ou 70% BR	110 €	110 € ou 117,53 €
Adjonction d'un pilier à une prothèse plurale dentoportée définitive (bridge)	70% BR	110 €	185,25 €

* Prise en charge dans le cadre du protocole d'une couronne transitoire ou provisoire isolée, en cas d'urgence ou d'attente thérapeutique d'un minimum de 6 mois sans réalisation d'une couronne.
BR = Base de Remboursement Sécurité sociale

OPTIQUE

La participation de la Sécurité sociale est de 60% du tarif de référence

→ Bénéficiaires de moins de 18 ans

Que l'opticien soit ou non conventionné OPTILYS

Code LPP	Caractéristiques des verres	SS	MCF Santé	Total (à l'unité)
VERRES SIMPLES				
2261874 2242457	Verre sphérique de 0 à 6 dioptries bénéficiaires de moins de 18 ans	7,22 €	210 €	217,22 €
2243304 2243540 2291088 2297441	Verre sphérique de 6,25 à 10 dioptries, bénéficiaires de moins de 18 ans	16,01 €	350 €	366,01 €
2273854 2248320	Verre sphérique supérieur à 10 dioptries, bénéficiaires de moins de 18 ans	26,98 €	350 €	376,98 €
2200393 2270413	Verre sphéro cylindrique : cylindre < ou = à 4 sphère de 0 à 6 dioptries, bénéficiaires de moins de 18 ans	8,96 €	210 €	218,96 €
2283953 2219381	Verre sphéro cylindrique : cylindre < ou = à 4 sphère > à 6 dioptries, bénéficiaires de moins de 18 ans	21,77 €	350 €	371,77 €
2238941 2268385	Verre sphéro cylindrique : cylindre > à 4 sphère de 0 à 6 dioptries, bénéficiaires de moins de 18 ans	16,74 €	350 €	366,74 €
2245036 2206800	Verre sphéro cylindrique : cylindre > à 4, sphère > à 6 dioptries, bénéficiaires de moins de 18 ans	27,90 €	350 €	377,90 €
VERRES MULTIFOCAUX OU PROGRESSIFS				
2259245 2264045	Verre sphérique de 0 à 4 dioptries, bénéficiaires de moins de 18 ans	23,51 €	350 €	373,51 €
2238792 2202452	Verre sphérique > à 4 dioptries, bénéficiaires de moins de 18 ans	25,98 €	350 €	375,98 €
2240671 2282221	Verre sphéro cylindrique : quel que soit le cylindre, sphère de 0 à 8 dioptries, bénéficiaires de moins de 18 ans	26,16 €	350 €	376,16 €
2234239 2259660	Verre sphéro cylindrique : quel que soit le cylindre, sphère > à 8 dioptries, bénéficiaires de moins de 18 ans	39,97 €	350 €	389,97 €

→ **Bénéficiaires de 18 ans et plus**

Hors réseau OPTILYS

Code LPP	Caractéristiques des verres	SS	MCF Santé	Total (à l'unité)
VERRES SIMPLES (hors réseau OPTILYS)				
2203240 2287916	Verre sphérique de 0 à 6 dioptries, bénéficiaires de plus de 18 ans	1,37 €	53,50 €	54,87 €
2280660 2282793 2263459 2265330	Verre sphérique de 6,25 à 10 dioptries, bénéficiaires de plus de 18 ans	2,47 €	91,50 €	93,97 €
2235776 2295896	Verre sphérique supérieur à 10 dioptries, bénéficiaires de plus de 18 ans	4,57 €	106,75 €	111,32 €
2259966 2226412	Verre sphéro cylindrique : cylindre < ou = à 4 sphère de 0 à 6 dioptries, bénéficiaires de plus de 18 ans	2,20 €	53,50 €	55,70 €
2284527 2254868	Verre sphéro cylindrique : cylindre < ou = à 4 sphère > à 6 dioptries, bénéficiaires de plus de 18 ans	4,12 €	106,75 €	110,87 €
2212976 2252668	Verre sphéro cylindrique : cylindre > à 4 sphère de 0 à 6 dioptries, bénéficiaires de plus de 18 ans	3,75 €	75,00 €	78,75 €
2288519 2299523	Verre sphéro cylindrique : cylindre > à 4, sphère > à 6 dioptries, bénéficiaires de plus de 18 ans	5,67 €	106,75 €	112,42 €
VERRES MULTIFOCAUX OU PROGRESSIFS (hors réseau OPTILYS)				
2290396 2291183	Verre sphérique de 0 à 4 dioptries, bénéficiaires de plus de 18 ans	4,39 €	78,75 €	83,14 €
2245384 2295198	Verre sphérique > à 4 dioptries, bénéficiaires de plus de 18 ans	6,49 €	116,75 €	123,24 €
2227038 2299180	Verre sphéro cylindrique : quel que soit le cylindre, sphère de 0 à 8 dioptries, bénéficiaires de plus de 18 ans	6,22 €	78,75 €	84,97 €
2202239 2252042	Verre sphéro cylindrique : quel que soit le cylindre, sphère > à 8 dioptries, bénéficiaires de plus de 18 ans	14,72 €	132 €	146,72 €

→ **Bénéficiaires de 18 ans et plus**

Opticiens conventionnés du réseau OPTILYS

Code LPP	Caractéristiques des verres	SS	MCF Santé	Total (à l'unité)
VERRES SIMPLES (réseau OPTILYS)				
2203240 2287916	Verre sphérique de 0 à 6 dioptries, bénéficiaires de plus de 18 ans	1,37 €	73,50 €	74,87 €
2280660 2282793 2263459 2265330	Verre sphérique de 6,25 à 10 dioptries, bénéficiaires de plus de 18 ans	2,47 €	111,50 €	113,97 €
2235776 2295896	Verre sphérique supérieur à 10 dioptries, bénéficiaires de plus de 18 ans	4,57 €	126,75 €	131,32 €
2259966 2226412	Verre sphéro cylindrique : cylindre < ou = à 4 sphère de 0 à 6 dioptries, bénéficiaires de plus de 18 ans	2,20 €	73,50 €	75,70 €
2284527 2254868	Verre sphéro cylindrique : cylindre < ou = à 4 sphère > à 6 dioptries, bénéficiaires de plus de 18 ans	4,12 €	126,75 €	130,87 €
2212976 2252668	Verre sphéro cylindrique : cylindre > à 4 sphère de 0 à 6 dioptries, bénéficiaires de plus de 18 ans	3,75 €	95,00 €	98,75 €
2288519 2299523	Verre sphéro cylindrique : cylindre > à 4, sphère > à 6 dioptries, bénéficiaires de plus de 18 ans	5,67 €	126,75 €	132,42 €
VERRES MULTIFOCAUX OU PROGRESSIFS (réseau OPTILYS)				
2290396 2291183	Verre sphérique de 0 à 4 dioptries, bénéficiaires de plus de 18 ans	4,39 €	98,75 €	103,14 €
2245384 2295198	Verre sphérique > à 4 dioptries, bénéficiaires de plus de 18 ans	6,49 €	136,75 €	143,24 €
2227038 2299180	Verre sphéro cylindrique : quel que soit le cylindre, sphère de 0 à 8 dioptries, bénéficiaires de plus de 18 ans	6,22 €	98,75 €	104,97 €
2202239 2252042	Verre sphéro cylindrique : quel que soit le cylindre, sphère > à 8 dioptries, bénéficiaires de plus de 18 ans	14,72 €	152 €	166,72 €

→ Compléments

Quel que soit l'âge du bénéficiaire et que l'opticien soit ou non conventionné OPTILYS

Code LPP	Nature de l'équipement	SS	MCF Santé	Total (à l'unité)
LENTILLES				
2251545	Lentilles de contact prises en charge par la Sécurité sociale	23,69 €	55 €	78,69 €
	Lentilles de contact sphériques non prises en charge par la Sécurité sociale (dans la limite d'une fois par an)		55 €	55 €
	Lentilles de contact toriques non prises en charge par la Sécurité sociale (dans la limite d'une fois par an)		55 €	55 €
CAS PARTICULIERS				
	En cas d'opération de la cataracte ou de dégénérescence maculaire	60%	Dans la limite du plafond fixé par le décret n°2014-1374 du 18 novembre 2014	Dans la limite du plafond fixé par le décret n°2014-1374 du 18 novembre 2014
MONTURE				
2210546	Bénéficiaires de moins de 18 ans	18,29 €	50 €	68,29 €
2223342	Bénéficiaires de plus de 18 ans	1,70 €	50 €	51,70 €
SUPPLÉMENTS DIVERS				
2269025	Filtre occlusion (bénéficiaire de moins de 6 ans)	60%	7,62 €	10 €
2227920	Prisme souple (bénéficiaire de moins de 6 ans)	60%	15,43 €	30 €
2227908	Lunettes à coque (bénéficiaire de moins de 6 ans)	60%	22,25 €	50 €
2287862 2247905	Prisme incorporé	60%	9,60 € ou 17,42 €	20 €
2293957	Système antiptosis	60%	49,76 €	100 €
2222408	Filtre chromatique ou UV	60% ou néant	14,05 € ou 20 €	20 €
2204066 2278219	Verres iséiconiques	Néant	28 €	28 €
2246716 2274109	Sphère supérieure à 20 dioptries	60%	21,08 € ou 27,73 €	30 €
	Chirurgie réfractive		300 € par an et par œil	300 € par an et par œil

PROTHÈSES ET APPAREILLAGES

Autres que dentaires

SOINS ET APPAREILS

(attention : certains appareillages sont soumis à la formalité de l'entente préalable)

Nature appareillage	Codes regroupement	SS	MCF Santé	Total
Appareil auditif	PAU	60% LPP	200% LPP	260% LPP
Prothèse oculaire	POC	100% LPP	200% LPP	300% LPP
Prothèse capillaire		60% LPP	200% LPP	260% LPP
Semelles et chaussures orthopédiques	COR	60% LPP 100% LPP	200% LPP 200% LPP	260% LPP 300% LPP
Orthèses, Prothèses internes et externes, Orthoprothèses, Véhicule pour handicapés	ORP, PA, PII, PEX, PME, VEH	60% LPP 100% LPP	200% LPP 200% LPP	260% LPP 300% LPP
Autre appareillage ; Location ou achat		60% LPP 100% LPP	40% LPP	100% LPP

CURES THERMALES

Acte	SS	MCF Santé	Total
Honoraires	70% BR	30% BR	100% BR
Frais établissement thermal	65% TFR 100% TFR	35% TFR -	100% TFR 100% TFR
Prestations légales hébergement - Transport	65% BR	35% BR	100% BR
Prestations supplémentaires hébergement - Transport	65% BR	35% BR	100% BR

BR = Base de Remboursement Sécurité sociale

TFR : Tarif Forfaitaire de Responsabilité (base de remboursement Sécurité sociale)

DIVERS

Acte	SS	MCF Santé	Total
IVG chirurgicale ou médicamenteuse	65%, 70% ou 80% BR	35%, 30% ou 20% BR	100% BR
Bilan acoustique du nouveau-né non pris en charge par la Sécurité sociale		23 €	23 €

INTERVENTIONS HORS SÉCURITÉ SOCIALE

Amniocentèse non prise en charge par la Sécurité sociale	Forfait de 152,50 €	152,50 € dans la limite du prix payé et sur justificatif médical, pour les adhérentes de plus de 30 ans
Maternité assistée (fécondation in vitro)	Forfait de 155 €	Par séance, dans la limite de la dépense engagée et de quatre séances pour l'ensemble du traitement, aux fins de compensation de tout ou partie des frais de transport et d'hébergement liés au traitement Ce forfait est versé sur présentation des justificatifs médicaux et des factures correspondant aux frais engagés
Vaccin anti-grippal	Prise en charge intégrale	Prise en charge du montant du vaccin, s'il est inscrit sur la liste retenue par la CNAM et des frais liés à l'injection du vaccin si elle est effectuée par un auxiliaire médical
Examen de densitométrie osseuse	Forfait de 45 €	Dans la limite du prix payé et d'un examen tous les deux ans, pour les adhérents âgés d'au moins 45 ans
Bilan et traitement de psychothérapie et d'ergothérapie	Bilan : Forfait de 50 € Traitement : Forfait de 30 € par séance	Participation dans la limite de la dépense engagée, pour les ayants droit jusqu'à leur 18 ^e anniversaire, sous réserve de prescription médicale
Coloscopie virtuelle	Prix payé	Prix payé
Pose d'un holter	Forfait de 100 € dans la limite du prix payé ou du reste à charge en cas de remboursement Sécurité sociale	Forfait de 100 € dans la limite du prix payé ou du reste à charge en cas de remboursement Sécurité sociale
Test ADN pour la recherche de la trisomie 21 chez les femmes enceintes de 35 ans et plus	Prix payé	Prix payé
Autres frais	Le remboursement de la MCF est de 20% du tarif de référence servant au calcul des prestations de la Sécurité sociale.	

PRESTATIONS DE PRÉVENTION

Arrêté du 8 juin 2006 pris pour application de l'article L.871-1 du code de la Sécurité sociale et fixant la liste des prestations de prévention prévues à l'article R.871-2 du même code

Acte	SS	MCF Santé	Total
Scellement prophylactique des puits, sillons et fissure	70% BR	30% BR	100% BR
Détartrage annuel complet	70% BR	30% BR	100% BR
Bilan du langage (AMO24)	60% BR	40% BR	100% BR
Dépistage de l'hépatite B (codes NABM 4713, 4714, 0323, 0351)	60% BR	40% BR	100% BR
Audiométrie (codes CDQP002, 010, 011, 012 et 015)	70% BR	30% BR	100% BR
Ostéodensitométrie	70% BR	30% BR	100% BR
Vaccinations : Diphtérie, tétanos et poliomyélite	65% ou 0%	35% ou 100%	100%
Coqueluche avant 14 ans	65% ou 0%	35% ou 100%	100%
Hépatite B avant 14 ans	65% ou 0%	35% ou 100%	100%
BCG avant 6 ans	65% ou 0%	35% ou 100%	100%
Rubéole	65% ou 0%	35% ou 100%	100%
Haemophilus influenzae B	65% ou 0%	35% ou 100%	100%
Vaccination contre les infections invasives à pneumocoques pour les enfants de moins de 18 mois	65% ou 0%	35% ou 100%	100%

GRILLE DES COTISATIONS DE LA GARANTIE « MCF SANTÉ » POUR L'ANNÉE 2019

→ I. Cotisations des membres participants et des bénéficiaires cotisants actifs*

(hors taxes)

Tranches de revenus annuels	Cotisation mensuelle (hors taxes)		
	Nombre de personnes garanties**		
	1	2***	3***
Adhérent de moins de 35 ans (sans distinction de revenus)	30,60 €	45,90 €	55,08 €
Adhérent de 35 ans et plus, en fonction des tranches de revenus annuels			
Inférieur ou égal à 13 400 €	44,16 €	66,35 €	77,39 €
Supérieur à 13 400 € et inférieur ou égal à 20 700 €	46,95 €	70,41 €	81,89 €
Supérieur à 20 700 € et inférieur ou égal à 30 800 €	49,51 €	74,49 €	86,72 €
Supérieur à 30 800 € et inférieur ou égal à 40 900 €	54,66 €	81,89 €	95,50 €
Supérieur à 40 900 € et inférieur ou égal à 73 100 €	58,42 €	87,45 €	102,26 €
Supérieur à 73 100 €	63,44 €	95,19 €	111,04 €

→ II. Cotisations des adhérents retraités

Membres participants et bénéficiaires cotisants (hors taxes)

Tranches de revenus annuels	Cotisation mensuelle (hors taxes)		
	Nombre de personnes garanties**		
	1	2***	3***
Inférieur ou égal à 13 400 €	54,87 €	82,10 €	96,14 €
Supérieur à 13 400 € et inférieur ou égal à 20 700 €	57,56 €	86,18 €	100,54 €
Supérieur à 20 700 € et inférieur ou égal à 30 800 €	60,23 €	90,24 €	105,37 €
Supérieur à 30 800 € et inférieur ou égal à 40 900 €	65,27 €	97,96 €	114,36 €
Supérieur à 40 900 € et inférieur ou égal à 73 100 €	69,03 €	103,64 €	120,69 €
Supérieur à 73 100 €	74,17 €	111,04 €	129,81 €

→ III. Cotisations des autres bénéficiaires

(hors taxes)

	Cotisation mensuelle (hors taxes)		
	Nombre de personnes garanties**		
	1	2***	3***
Membre participant suivant une scolarité dans un établissement de la Fonction publique, étudiants, apprentis et bénéficiaires cotisants handicapés	13,07 €	19,82 €	22,94 €

* Non scolarisés

** L'adhérent et ses ayants-droit au titre de la Sécurité sociale

*** Pas de majoration au-delà de 3 personnes garanties

→ IV. Cotisations de maintien

26,28 € par an (cette cotisation s'applique aux adhérents qui répondaient aux dispositions des statuts - article 17, alinéa 1 - antérieurs au 1^{er} janvier 2017).

Mutuelle Centrale des Finances

Siège social : 5-7 avenue de Paris, CS 40009, 94306 Vincennes cedex
Tél. : 01 41 74 31 00 / Fax : 01 58 64 30 99 / E-mail : mcf@mutuellemcf.fr



www.mutuellemcf.fr