



Mutuelle Centrale des Finances

Mutuelle n° 302 976 568

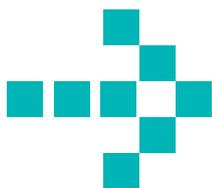
Régie par le livre II du Code de la Mutualité

Règlement maladie

Offre MCF Santé Plus

2021





RÈGLEMENT MALADIE

SECTION I – Prestations

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

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

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.

Les bénéficiaires de la Complémentaire Santé Solidaire (CSS) avec ou sans participation sont inscrits à l'offre santé CMU-C qui propose l'ensemble des prestations complémentaires prévues par les décrets n° 2019-621 du 21 juin 2019 relatif à la protection complémentaire en matière de santé prévue à l'article L.861-1 du Code de la Sécurité sociale ; et n° 2019-623 du 21 juin 2019 relatif aux modalités de remboursement des dépenses engagées par les organismes gestionnaires pour la mise en œuvre de la protection complémentaire en matière de santé mentionnée à l'article L. 861-1 du Code de la Sécurité sociale ;

La durée minimale de séjour dans une offre santé ne s'applique pas aux bénéficiaires de la CSS.

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 prestations (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 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).

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'École 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 différentes lois et décrets ainsi que des articles des LFSS successives y afférent.

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 L2004-810 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 L2004-810 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 L2004-810 du 13 août 2004).

2. La Mutuelle prend en charge :

- Les actes de prévention tels que prévus dans les décrets 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 € (prévue au I de l'article R.160-16 du Code de la Sécurité sociale) s'appliquant aux actes dont le tarif est égal ou supérieur à 120 € ou ayant un coefficient égal ou supérieur à 50 ;
- En optique médicale, la différence entre les prix limites de vente et la prise en charge par la Sécurité sociale des montures et des verres de classe A fixés par la liste des produits et prestations mentionnée à l'article L.165-1 du Code de la Sécurité sociale ainsi que pour la prestation d'appairage pour les verres de classe A d'indice de réfraction différent et le supplément pour les verres avec filtre de classe A, de sorte qu'il n'y ait pas de reste à charge pour l'adhérent (article 5 du décret n°2019-21 du 11 janvier 2019) ;
- Les dépassements de tarif en optique médicale pour les équipements de classe B dans le respect des planchers et plafonds et dans la limite d'un équipement tous les deux ans (par exception tous les ans en cas d'évolution de la vue et pour les mineurs, un équipement par an est autorisé), tels que fixés par l'article R.871-2 du Code de la Sécurité sociale. Ce délai de deux ans court du 1^{er} janvier de l'année civile au cours de laquelle le premier achat a eu lieu ;
- Pour les actes prothétiques dentaires, la différence entre les prix limites de vente et la prise en charge par la Sécurité sociale, fixés par la convention nationale dentaire du 21 juin 2018 dans son annexe IV ;
- Pour les équipements en audioprothèse, la différence entre les prix limites de vente mentionnés à l'article L.165-3 du Code de la Sécurité sociale pour les équipements de classe A fixés par la liste des produits et prestations mentionnée à l'article L.165-1 du Code de la Sécurité sociale et la prise en charge par la Sécurité sociale de sorte qu'il n'y ait pas de reste à charge pour l'adhérent (Décret 2019-21 du 11 janvier 2019) ;
- Les dépassements de tarif des équipements en audioprothèse dans la limite du plafond fixé par le 3^e alinéa de l'article 1^{er} du Décret 2019-21 du 11 janvier 2019 ;
- Lorsque la garantie prévoit une participation aux dépassements d'honoraires, si le professionnel de santé n'a pas signé le contrat d'accès aux soins, la participation ne peut être supérieure à 100% du tarif de base de la Sécurité sociale et, si le professionnel de santé a signé le contrat d'accès aux soins, 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 avant la souscription puis annuellement, à chacun de ses adhérents ou souscripteurs, le rapport, exprimé en pourcentage, entre le montant des prestations versées pour le remboursement et l'indemnisation des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident et le montant des cotisations ou primes hors taxes afférentes à ces garanties, ainsi que le montant et la composition des frais de gestion affectés à ces mêmes garanties, exprimés en pourcentage des cotisations ou primes hors taxes afférentes, selon des modalités précisées par arrêté du ministre chargé de la Sécurité sociale.

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 ou affiliés à la Sécurité sociale sous critère de résidence. 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.

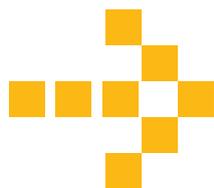
Article 6 - Les membres participants suivant une scolarité dans un établissement de formation de la Fonction publique (ENA, IRA, autres...) se voient appliquer une cotisation spécifique mentionnée aux tableaux ci-après, annexés au présent règlement.

Les bénéficiaires de la Complémentaire Santé Solidaire (CSS) avec participation se voient appliquer les cotisations prévues par l'arrêté du 21 juin 2019 fixant les montants de la participation financière à la protection complémentaire en matière de santé et la majoration applicable aux organismes complémentaires au titre des frais de gestion.

La cotisation annuelle de maintien instaurée à l'article 17 des statuts correspond à la moitié de la cotisation mensuelle de la garantie « Frais de Maladie » de l'option MCF Prévention pour les adhérents de moins de 35 ans.

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 PLUS POUR L'ANNÉE 2021

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 Plus	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 des médecins généralistes ayant signé l'Option de Pratique Tarifaire Maîtrisée	70% BR	30% BR + 12 € pour les consultations effectuées dans le cadre du parcours de soins coordonnés	100% + 12 €, dans la limite du prix payé
Consultations des médecins généralistes n'ayant pas signé l'Option de Pratique Tarifaire Maîtrisée	70% BR	30% BR + 7 € pour les consultations effectuées dans le cadre du parcours de soins coordonnés	100% + 7 €, dans la limite du prix payé
Consultations des médecins spécialistes ayant signé l'Option de Pratique Tarifaire Maîtrisée	70% BR	30% BR + 13 € pour les consultations effectuées dans le cadre du parcours de soins coordonnés	100% + 13 €, dans la limite du prix payé
Consultations des médecins spécialistes n'ayant pas signé l'Option de Pratique Tarifaire Maîtrisée	70% BR	30% BR + 8 € pour les consultations effectuées dans le cadre du parcours de soins coordonnés	100% + 8 € dans la limite du prix payé
Consultations des médecins psychiatres ayant signé l'Option de Pratique Tarifaire Maîtrisée	70% BR	30% BR + 13 € pour les consultations effectuées dans le cadre du parcours de soins coordonnés	100% + 13 €, dans la limite du prix payé
Consultations des médecins psychiatres n'ayant pas signé l'Option de Pratique Tarifaire Maîtrisée	70% BR	30% BR + 4 € pour les consultations effectuées dans le cadre du parcours de soins coordonnés	100% + 4 €, dans la limite du prix payé
Consultations des médecins non conventionnés	70% BR	30% BR	100% BR
Consultations d'ostéopathie médicale (effectuées chez un ostéopathe ayant reçu le titre définitif du droit d'exercice par les autorités de tutelle) et de chiropratique		20 € par acte dans la limite de 4 par an	20 € par acte dans la limite de 4 par an
Consultations 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 Plus	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 de diagnostic, chimiothérapie, radiothérapie, médecine nucléaire thérapeutique*	ATM	70% BR 100% BR	130% BR 100% BR	200% BR 200% 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

→ Hôpitaux publics et cliniques privées

Nature des soins	SS	MCF Santé Plus	Total SS + MCF Santé Plus	RFH	Total SS + RFH
Prix de journée	100% TRSS ou 80% TRSS	100% TRSS	200% TRSS ou 180% TRSS	- ou 20% TRSS	100% TRSS
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% TRSS ou 80% TRSS	100% TRSS	200% TRSS ou 180% TRSS	- ou 20% TRSS	100% TRSS
Honoraires médicaux* (hors CCAM)	100% BR ou 80% BR	100% BR	200% BR ou 180% BR	30% BR ou 50% BR	130% BR
Actes chirurgicaux* (code regroupement CCAM = ADC)	100% BR ou 80% BR	100% BR	200% BR ou 180% BR	30% BR ou 50% BR	130% 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	30% BR ou 50% BR	130% BR
Accouchements, césariennes (code regroupement CCAM = ACO)	100% BR		100% BR	30% BR	130% BR
Forfait journalier (à hauteur du montant pris en charge dans le cadre du RFH)		20 €		20 €	
Chambre particulière		Dans la limite de 33 € par jour		Selon tarif négocié	
Frais d'accompagnement		Dans la limite de 33 € par jour		Selon tarif négocié	
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 Plus	Total SS + MCF Santé plus	RFH	Total SS + RFH
Prix de journée (incluant les honoraires médicaux)	100% TRSS ou 80% TRSS	- ou 20% TRSS	100% TRSS	-	100% TRSS ou 80% TRSS
Forfait journalier (à hauteur du montant pris en charge dans le cadre du RFH)		20 €		20 €	
Chambre particulière					

PHARMACIE

	SS	MCF Santé Plus	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

Nature des soins	Codes regroupement	SS	MCF Santé Plus	Total
Soins conservateurs dentaires Actes dentaires, inlay-onlay Endodontie Radios dentaires	SDE INO ou IN1 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 : tarif libre ou modéré (prises en charge par la Sécurité sociale) Prothèse transitoire Prothèse fixe métallique Prothèse fixe céramique Inlay-core Réparation sur prothèse Couronne zircone Bridge Supplément prothèse résine	PDT ou CT1 PFM ou PF1 PFC ou PF1 ICO ou IC1 RPN ou RE1 CZ1 BR1 SU1	70% BR	300% BR	370% BR
Prothèses dentaires amovibles : tarif libre ou modéré (prises en charge par la Sécurité sociale) Prothèse amovible métallique Prothèse amovible résine Prothèse amovible tarif modéré	PAM PAR PA1	70% BR 70% BR 70% BR	300% BR 350% BR 350% BR	370% BR 420% BR 420% BR
Prothèses dentaires : 100% santé (prises en charge par la Sécurité sociale et soumises à plafond de facturation) Prothèse transitoire Prothèse fixe métallique Couronne zircone Prothèse fixe Inlay-core Réparation adjonction Réparation prothèse adjointe simple Supplément prothèse résine	CT0 CM0 CZ0 PFO ICO RA0 RS0 SU0	70% BR	Prix limite de vente (PLV) moins remboursement Sécurité sociale	Intégralité de la dépense
Prothèses dentaires amovibles : 100% santé (prises en charge par la Sécurité sociale et soumises à plafond de facturation) Prothèse amovible transitoire Prothèse amovible Réparation facettes prothèse amovible	PTO PAO RFO	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	300% BR	370% BR
Implantologie (en l'absence de prise en charge par la Sécurité sociale), sous réserve que le chirurgien dentiste ou le stomatologiste soit conventionné par la Sécurité sociale	IMP		650 € par année civile, quel que soit le nombre d'implants	650 € par année civile, quel que soit le nombre d'implants
Traitement d'orthodontie (si prise en charge par la Sécurité sociale)	TOR ou ORT	70% ou 100% BR	250% BR	320% ou 350% BR
Orthodontie adhérents de moins de 35 ans (non prise en charge par la Sécurité sociale), sur présentation d'une prescription justifiant médicalement le traitement			400 € par semestre	400 € par semestre dans la limite de 4 semestres
Orthodontie adhérents de 35 ans et plus (non prise en charge par la Sécurité sociale), sur présentation d'une prescription justifiant médicalement le traitement			200 € par semestre	200 € par semestre dans la limite de 4 semestres
Actes de prophylaxie bucco-dentaire (si prise en charge par la Sécurité sociale)	AXI	70% BR	30% BR	100% BR
Surfaçage dentaire			100 € par séance dans la limite de 2 par an	100 € par séance dans la limite de 2 par an
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

OPTIQUE

→ Équipements de classe A

(100% santé – pas de reste à charge pour l'adhérent)

Type de verre	Codes regroupement	Prix Limites de Vente	Base Remboursement Sécurité sociale	Participation MCF Santé Plus
Verres Simples	V01	De 32,50 € à 52,50 €	De 9,75 € à 15,75 €	De 26,65 € à 43,05 €
Verres Complexes	V02 V03	De 47,50 € à 105 €	De 14,25 € à 31,50 €	De 38,95 € à 86,10 €
Verres très Complexes	V04	De 60 € à 170 €	De 18 € à 51 €	De 49,20 € à 139,40 €
Monture adultes : code LPP 2222124	M01	30 €	9 €	24,60 €
Monture enfants : code LPP 2254242	M02	30 €	9 €	24,60 €
Supplément pour monture à coque enfants de moins de 6 ans : code LPP 2264223	MS1	30 €	9 €	24,60 €
Prestation d'adaptation verres de classe A : code LPP 2226435	S01	10 €	10 €	4 €
Prestation d'appairage de niveau 1 : code LPP 2232252	SV2	5 €	1,50 €	4,10 €
Prestation d'appairage de niveau 2 : code LPP 2222503	SV2	10 €	3 €	8,20 €
Prestation d'appairage de niveau 3 : code LPP 2206987	SV2	15 €	4,50 €	12,30 €
Supplément pour verre avec filtre teinté : code LPP 2269025	SV4	5 €	1,50 €	4,10 €

→ Équipements de classe B

(tarif libre - reste à charge de l'adhérent en fonction du prix payé)

Type de verre	Codes regroupement	Base Remboursement Sécurité sociale	Participation MCF Santé Plus	Participation MCF Santé Plus (réseau OPTILYS)
Verres Simples	VU1 VU2 VU3	0,05 €	75 €	95 €
Verres Complexes	VU4 VU5 VU6 VU7 VM1 VM2 VM3	0,05 €	115 €	135 €
Verres très Complexes	VM4 VM5 VM6 VM7	0,05 €	125 €	145 €
Monture adultes : code LPP 2264861	MO3	0,05 €	50 €	50 €
Monture enfants : code LPP 2276870	MO4	0,05 €	50 €	50 €
Supplément pour monture à coque enfants de moins de 6 ans : code LPP 2221745	MS2	0,05 €	50 €	50 €
Prestation d'adaptation verres de classe B : code LPP 2209738	SV1	0,05 €	9,97 €	9,97 €
Prisme incorporé adultes : code LPP 2247905	SV4	3,96 €	17,60 €	17,60 €
Prisme incorporé enfants : code LPP 2287862	SV4	16,01 €	10,40 €	10,40 €
Prisme souple enfants de moins de 6 ans : code LPP 2227920	SV4	22,41 €	26,60 €	26,60 €
Système antiptosis adultes et enfants : codes LPP 2200795 ; 2293957	SV4	77,29 €	53,70 €	53,70 €
Verres iséiconiques adultes et enfants : codes LPP 2278219 ; 2222408	SV3	Sur devis	28 €	28 €
Filtre chromatique ou ultraviolet enfants de moins de 18 ans : code LPP 2204066	SV4	9,15 €	14,50 €	14,50 €
Filtre d'occlusion partiel enfants de moins de 6 ans : code LPP 2267641	SV4	3,66 €	5,50 €	5,50 €

→ Autres prestations optiques

Nature de la prestation	Base Remboursement Sécurité sociale	Participation MCF Santé Plus	SS + MCF Santé Plus
Chirurgie réfractive		350 € par an et par œil	350 € par an et par œil
En cas d'opération de la cataracte ou de dégénérescence maculaire	60%	Dans la limite des plafonds fixés par le décret 2019-21 du 11 janvier 2019	Dans la limite des plafonds fixés par le décret 2019-21 du 11 janvier 2019
Lentille de contact pour les adhérents de 35 ans et plus		65 €	65 € par lentille et par an
Lentille de contact pour les adhérents de moins de 35 ans		100 €	100 € par lentille et par an

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 Plus	Total
Prothèse oculaire	POC	100% LPP	200% LPP	300% LPP
Prothèse capillaire de classe 2 (prix limite de vente 700 €)		250 €	450 €	700 € (remboursement intégral)
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

APPAREILS AUDITIFS

	Appareil auditif de classe 1			Appareil auditif de classe 2		
	BR*	MCF Santé Plus	SS + MCF Santé Plus	BR*	MCF Santé Plus	SS + MCF Santé Plus
Bénéficiaires de moins de 20 ans	1 400 € (plafond de facturation 1 400 €)	560 €	1 400 €	1 400 €	800 €	1 640 €
Bénéficiaires de 20 ans et plus	400 € (plafond de facturation 950 €)	710 €	950 €	400 €	800 €	1 040 €
Forfait piles		50 €	50 € par an		50 €	50 € par an

* Le remboursement Sécurité sociale est égal à 60% de la BR (Base de Remboursement)

CURES THERMALES

Acte	SS	MCF Santé Plus	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 Plus	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 €

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 Plus	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%

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
Produits pharmaceutiques ou cosmétiques médicalement prescrits dans le cadre ou à la suite des séances de chimiothérapie et radiothérapie	Forfait de 100 € par an	Prise en charge dans la limite de 100 € par an des produits prescrits dans le cadre d'un traitement de chimiothérapie ou de radiothérapie afin d'atténuer les effets indésirables du traitement
Séances d'exercices physiques pré-opératoires dans le cadre du traitement d'un cancer	30 € par séance dans la limite de 30 séances	30 € par séance effectuée dans le mois qui précède l'intervention chirurgicale, dans la limite de 30 séances, sur présentation d'une prescription médicale préconisant les séances
Bien-être hygiène féminine	Forfait de 30 € par an	Pour les adhérentes ayants droit à partir de 12 ans et les étudiantes, forfait annuel permettant de prendre en charge les protections internes et externes liées à l'hygiène féminine
Autres frais	Le remboursement de la MCF est de 20% du tarif de référence servant au calcul des prestations de la Sécurité sociale	

GRILLE DES COTISATIONS DE LA GARANTIE « MCF SANTÉ PLUS » POUR L'ANNÉE 2021

→ 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***
Adhérents de moins de 35 ans (sans distinction de revenus)	46,36 €	69,54 €	83,45 €
Adhérents de 35 ans et plus, en fonction des tranches de revenus annuels			
Inférieur ou égal à 13 400 €	61,89 €	92,93 €	108,50 €
Supérieur à 13 400 € et inférieur ou égal à 20 700 €	70,47 €	105,40 €	123,34 €
Supérieur à 20 700 € et inférieur ou égal à 30 800 €	77,47 €	116,16 €	135,26 €
Supérieur à 30 800 € et inférieur ou égal à 40 900 €	85,72 €	128,47 €	149,95 €
Supérieur à 40 900 € et inférieur ou égal à 73 100 €	92,06 €	138,42 €	161,39 €
Supérieur à 73 100 €	98,84 €	148,37 €	172,93 €

→ 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 €	73,60 €	110,54 €	129,17 €
Supérieur à 13 400 € et inférieur ou égal à 20 700 €	82,94 €	124,19 €	145,16 €
Supérieur à 20 700 € et inférieur ou égal à 30 800 €	90,48 €	135,48 €	158,33 €
Supérieur à 30 800 € et inférieur ou égal à 40 900 €	98,84 €	148,27 €	172,92 €
Supérieur à 40 900 € et inférieur ou égal à 73 100 €	105,41 €	158,00 €	184,78 €
Supérieur à 73 100 €	111,96 €	167,95 €	196,00 €

→ III. Cotisations des adhérents scolarisés dans un établissement de la Fonction publique et des étudiants

(hors taxes)

	Cotisation mensuelle (hors taxes)		
	Nombre de personnes garanties**		
	1	2***	3***
Membres participants suivant une scolarité dans un établissement de la Fonction publique et bénéficiaires cotisants poursuivant des études ou en apprentissage et bénéficiaires cotisants handicapés	20,48 €	30,65 €	35,51 €

* 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

12,36 € par an.

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