



Mutuelle MCF

110, rue de Picpus 75012 Paris

Tél : 01 41 74 31 00 E-mail : mcf@mutuellemcf.fr

mutuellemcf.fr

Mutuelle n° 302 976 568 régie par le Code de la Mutualité

DEVOIR DE CONSEIL

Compte tenu des éléments de réponses que vous avez apportés, nous vous proposons le devis suivant :

VOTRE DEVIS SANTÉ ET PRÉVOYANCE

Vos besoins

Nous vous proposons :

Offre santé

	Montant
Perte de revenus	Dépendance
Obsèques	Capital décès

Prévoyance

Perte de revenus	Dépendance
------------------	------------

Obsèques	Capital décès
----------	---------------

Pour un montant estimé de cotisation de :

Pour nos autres offres santé :

INFORMATIONS PERSONNELLES

Votre date de naissance

Conjoint

Enfants

JE CHERCHE UNE ASSURANCE COMPLÉMENTAIRE SANTÉ

La MCF propose trois offres non modulables. Les principales prestations contenues dans ces offres sont :

	MCF Prévention une offre d'entrée de gamme pour un tarif modéré	MCF Santé une offre généraliste à un tarif adapté	MCF Santé Plus une offre améliorée en dentaire et pour les frais d'hospitalisation
Soins courants	A hauteur du Ticket Modérateur non pris en charge par la sécurité sociale (pas de complément mutuelle pour les médicaments pris en charge à 15% par la sécurité sociale) Participation aux dépassements d'honoraires des actes techniques médicaux	A hauteur du Ticket Modérateur non pris en charge par la sécurité sociale (pas de complément mutuelle pour les médicaments pris en charge à 15% par la sécurité sociale) Participation aux dépassements d'honoraires des actes techniques médicaux	A hauteur du Ticket Modérateur non pris en charge par la sécurité sociale ET une participation aux dépassements d'honoraires des consultations et des actes techniques médicaux (pas de complément mutuelle pour les médicaments pris en charge à 15% par la sécurité sociale)
Hospitalisation	Séjour : 100% base de remboursement Forfait journalier 20€ : en totalité Dépassements d'honoraires : 100% BR Forfait chambre particulière : 33 € / jour	Séjour : 100% base de remboursement Forfait journalier 20€ : en totalité Dépassements d'honoraires : 100% BR Forfait chambre particulière : 40 € / jour	Séjour : 100% base de remboursement Forfait journalier 20€ : en totalité Dépassements d'honoraires : 200% BR Forfait chambre particulière : 45 € / jour
Dentaire (hors 100% santé)	Prothèses fixes : 155% (186 euros) Prothèses amovibles : 150% ou 250% BR Orthodontie (prise en charge par la Sécurité sociale) : 250% BR Implants : 250% Inlays/Onlays : 280€ / an	Prothèses fixes : 230% (276 euros) Prothèses amovibles : 230% ou 350% BR Orthodontie (enfants) : 250% BR Forfait soins sur dents de lait : 300 € / enfant Orthodontie adultes moins de 35 ans : 200€ par semestre dans la limite de 4 semestres Implants : 500€ / an Inlays/Onlays : 90 % BR	Prothèses fixes : 300% BR (360 euros) Prothèses amovibles : 300% ou 350% BR Orthodontie (enfants) : 250% BR Forfait soins sur dents de lait : 300 € / enfant Orthodontie adultes moins de 35 ans : 400€ par semestre dans la limite de 4 semestres Orthodontie adultes plus de 35 ans : 200€ par semestre dans la limite de 4 semestres Implants : 900€ / an ; 1000 €/an après 2 années civiles pleines en Santé Plus Inlays/Onlays : 300% BR
Optique (hors 100% santé)	Monture : 50 € Verre simple : 58 € par verre Verre complexe : 90 € par verre Verre très complexe : 100 € par verre Lentilles de contact : forfait annuel de 130 €	Monture : 50 € Verre simple : 62 € par verre Verre complexe : 95 € par verre Verre très complexe : 110 € par verre Lentilles de contact : forfait annuel de 160 € (110€ pour les + de 35 ans)	Monture : 50 € Verre simple : 75 € par verre Verre complexe : 115 € par verre Verre très complexe : 200 € par verre Lentilles de contact : forfait annuel de 200 € (130€ pour les + de 35 ans)

JE CHERCHE UNE ASSURANCE COMPLÉMENTAIRE SANTÉ

La MCF propose trois offres non modulables. Les principales prestations contenues dans ces offres sont :

	MCF Prévention 100% santé	MCF Santé 100% santé	MCF Santé Plus 100% santé
Audioprothèses	Enfants de moins de 20 ans : 860 € Adultes : 430,17 €	Enfants de moins de 20 ans : 860 € Adultes : 700 €	Enfants de moins de 20 ans : 800 € Adultes : 800 €
100% santé Prothèses dentaires soumises à prix limite de vente sous réserve que le dentiste respecte les critères du panier de soins et le prix limite de vente	Complément intégral entre le prix limite de vente et le remboursement sécurité sociale (pas de reste à charge)	Complément intégral entre le prix limite de vente et le remboursement sécurité sociale (pas de reste à charge)	Complément intégral entre le prix limite de vente et le remboursement sécurité sociale (pas de reste à charge)
100% santé Monture de classe A Verres de classe A soumis à prix limite de vente	Complément intégral entre le prix limite de vente et le remboursement sécurité sociale (pas de reste à charge)	Complément intégral entre le prix limite de vente et le remboursement sécurité sociale (pas de reste à charge)	Complément intégral entre le prix limite de vente et le remboursement sécurité sociale (pas de reste à charge)
100% santé Audioprothèses soumises à prix limite de vente sous réserve que l'audioprothésiste respecte les critères du panier de soins et le prix limite de vente	Complément intégral entre le prix limite de vente et le remboursement sécurité sociale (pas de reste à charge)	Complément intégral entre le prix limite de vente et le remboursement sécurité sociale (pas de reste à charge)	Complément intégral entre le prix limite de vente et le remboursement sécurité sociale (pas de reste à charge)

Les pourcentages exprimés s'appliquent à la base de remboursement fixée par la sécurité sociale.

Ces pourcentages ne prennent pas en compte le remboursement sécurité sociale.

L'exhaustivité des prestations est présentée dans le livret des statuts consultable sur le site www.mutuellemcf.fr ou peut vous être adressé en version papier.

Compte tenu, d'une part, de mes besoins en matière de santé et, d'autre part, des caractéristiques des trois offres santé qui m'ont été présentées par la MCF :

J'opte pour l'offre suivante :

MCF Prévention

MCF Santé

MCF Santé Plus

IMPORTANT

En qualité d'agent de la Fonction publique en activité de service, titulaire, contractuel ou vacataire (exceptions faites des agents territoriaux et des élèves d'administration), j'ai bien noté que la garantie « frais de maladie » à laquelle j'adhère est **obligatoirement couplée** à la garantie « perte de rémunération » définie ci-dessous et qu'en conséquence, les cotisations dues au titre de cette garantie s'ajouteront à celles de la garantie « frais de maladie » dès la fin de ma scolarité.

2/ En dehors de l'assurance complémentaire santé, j'ai pris connaissance de la couverture prévoyance intégrant les garanties suivantes :

2.1 garantie perte de revenus en cas d'arrêt de travail pour cause de maladie ou d'accidents :

Obligatoire pour les agents de la fonction publique en activité, cette garantie peut être souscrite, facultativement, par les agents des collectivités territoriales, les employés d'une entreprise privée, les élèves d'écoles d'administration – INSP, IRA, autres.

Selon les statuts de la MCF, cette garantie est obligatoirement couplée à la garantie frais de maladie pour les fonctionnaires titulaires et contractuels, en activité, exception faite des agents des collectivités locales. Elle est optionnelle pour les bénéficiaires cotisants et les élèves suivant une scolarité dans un établissement de la Fonction publique (INSP, IRA, autres).

Eu égard à mes besoins, la garantie proposée par la MCF me convient car elle couvre l'ensemble de mes revenus d'activité, primes comprises (à hauteur de 100% des revenus nets en cas de Congé de Maladie Ordinaire et de 80% en cas de Congés de Longue Maladie, Longue Durée ou Grave Maladie (80% car défiscalisé)) et prévoit une rente qui sera versée jusqu'à mon 70e anniversaire en cas d'invalidité supérieure ou égale à 50%, sous réserve que ce taux soit validé par CNP Assurances qui assure le risque.

J'adhère à la garantie perte de revenus dans les conditions précédemment exposées :

OUI

NON et je suis un agent de la fonction publique en activité, donc je renonce EGALEMENT à la couverture santé : je renonce à adhérer à la MCF

NON mais en tant qu'agent de collectivité territoriale, employé d'une entreprise privée, élève d'école d'administration – INSP, IRA, autres : j'adhère à la couverture santé SEULE.

2.2 Capital décès :

J'estime nécessaire de protéger financièrement mes proches en cas de décès et, compte tenu de cet objectif, la garantie capital décès proposée par la MCF, de manière totalement facultative, est adaptée à mon besoin :

- Cette garantie est une temporaire décès, non assimilable à une assurance-vie. Le capital est versé à la (ou aux) personne(s) désignée(s) par l'adhérent, dès lors que ce dernier est toujours souscripteur de la garantie lors de la survenance du risque. En cas de radiation, la garantie ne donne droit à aucun versement des cotisations perçues.
- La tarification, en pourcentage du montant du capital souscrit, évolue avec l'âge.

- Les agents de la Fonction publique peuvent souscrire un capital égal à 1, 2 ou 3 fois leur revenu annuel, primes comprises. Les autres adhérents, y compris les conjoints, peuvent souscrire un capital égal à 7 700€, 15 300€, 30 500€ ou 45 800€.

J'adhère à la garantie capital décès :

OUI

NON

2.3 Frais d'obsèques :

Je souhaite souscrire cette garantie facultative permettant de financer une partie des frais concernant mes obsèques, afin que ces frais ne soient pas en totalité à la charge de mes proches.

La garantie MCF propose une prestation de 3 000€ pour une cotisation mensuelle de 4€.

J'adhère à la garantie « frais d'obsèques » :

OUI

NON

2.4 Dépendance

a) Je ne suis pas retraité, l'adhésion à la garantie dépendance est facultative.

Je souhaite souscrire cette garantie afin de me prémunir contre la survenance prématurée de ce risque.

Ma demande est soumise, au préalable, à un questionnaire de santé.

En tant qu'adhérent en activité, j'adhère à cette garantie de manière facultative.

OUI

NON

La garantie prévoit le versement d'une rente dépendance en cas de survenance du risque. En conséquence, pour une cotisation calculée en fonction du montant de rente choisie, **j'opte pour une rente mensuelle de :**

350€

600€

850€

1100€

Je souhaite compléter cette rente dépendance par la souscription d'un système de téléalarme, pour une cotisation mensuelle de 0,85€ :

OUI

NON

b) Je suis retraité(e), l'adhésion à la garantie dépendance est obligatoire.

Lors de mon passage à la retraite, en application des statuts de la MCF, cette garantie est obligatoirement couplée à ma garantie « frais de maladie ». Aucun questionnaire de santé ne m'est demandé si j'opte pour la garantie dépendance de base qui prévoit une rente mensuelle de 350€ en cas de survenance du risque.

J'ai également la possibilité de souscrire pour une rente supérieure à 350€. Dans ce cas, je dois fournir un questionnaire de santé. CNP Assurances qui assure le risque doit valider ou non la souscription de la rente supplémentaire demandée.

J'adhère à la garantie de base (rente de 350€)

Je souhaite adhérer pour un montant de rente supérieur à 350€, j'opte pour une rente mensuelle de :

600€

850€

1100€

Je souhaite compléter cette rente dépendance par la souscription d'un système de téléalarme, pour une cotisation mensuelle de 0,85€ :

OUI

NON

IMPORTANT :

En qualité de retraité(e), si je ne souhaite pas adhérer à cette garantie dépendance, il ne me sera pas possible statutairement de rester adhérent de la MCF.

Dans le cadre de la réglementation sur la distribution d'assurances, la MCF vous conseille sur les garanties qu'elle propose et vous précise si elles répondent à vos besoins. Sur la base de ces informations, vous avez le choix d'adhérer ou non à la MCF.

Je reconnais avoir reçu et pris connaissance des documents précontractuels, statuts et règlements de la MCF, ainsi que des notices d'information sur les garanties que je souhaite souscrire, et être pleinement informé(e) de mes droits et obligations envers la MCF.

J'adhère en toute connaissance de cause aux différentes garanties sélectionnées sur le bulletin d'adhésion que j'ai complété et signé, garanties qui répondent à mes besoins de couverture santé et/ou prévoyance. Je suis informé que le personnel de la mutuelle ne perçoit aucune rémunération au titre de la distribution des garanties que j'ai souscrites.

Je joins la présente fiche à mon bulletin d'adhésion.

Date

Signature