

Assurance Complémentaire Santé

Document d'information sur la garantie complémentaire santé

MCF : Mutuelle enregistrée en France et régie par le Code des Assurances : n°302 976 568

Offre : MCF Santé au 1^{er} janvier 2026



Ce document d'information présente un résumé des principales garanties et exclusions du contrat. Il ne prend pas en compte vos besoins et demandes spécifiques. Vous trouverez l'information complète sur ce produit dans la documentation précontractuelle et contractuelle transmise (prestations détaillées dans le tableau des garanties figurant des statuts et la documentation IMA).

De quel type d'assurance s'agit-il ?

Le produit d'assurance complémentaire santé est destiné à rembourser tout ou partie des frais de santé restant à la charge de l'assuré et des éventuels bénéficiaires en cas d'accident, de maladie ou de maternité, en complément de la Sécurité Sociale française. Le produit respecte les conditions légales des contrats responsables.



Qu'est ce qui est assuré ?

Les montants des prestations sont soumis à des plafonds ou un nombre d'actes par an qui figurent dans les tableaux de garanties des statuts. La participation est limitée à la dépense engagée. Une somme peut rester à votre charge.

GARANTIES en complément de la sécurité sociale

- Hospitalisation : honoraires, frais de séjour, forfait journalier hospitalier, transport, forfait patient urgence.
 - Soins courants et prescriptions médicales : Consultations, visites, examens médicaux, auxiliaires médicaux, produits pharmaceutiques à service médical rendu (SMR) élevé ou modéré (remboursés par la sécurité sociale à 65% ou 30%), psychothérapeutes remboursés par la sécurité sociale.
 - Dentaire : soins conservateurs, prothèses, orthodontie, prothèses sur implant ;
Application du 100% santé pour les actes soumis à prix limite de vente
 - Frais d'optique : lunettes (monture et verres – une paire tous les 2 ans sauf changement de correction), lentilles de contact
Application du 100% santé pour les équipements de classe A soumis à prix limite de vente.
 - Audioprothèses : application du 100% santé pour les équipements de classe 1, soumis à prix limite de vente.
 - Appareillages remboursés par la sécurité sociale : Audioprothèses pour les équipements de classe 2, prothèses et orthèses
- GARANTIES pour des soins non pris en charge par la sécurité sociale (dès lors qu'ils sont effectués par des professionnels conventionnés par la sécurité sociale ou par leur autorité de tutelle pour les professions paramédicales)**
- Chambre particulière, lit accompagnant
 - Implantologie et parodontologie
 - Chirurgie réfractive
 - Ostéopathie, chiropractie,
 - Psychothérapie des enfants de moins de 18 ans (hors psychothérapeutes remboursés par la sécurité sociale).
 - Vaccins
 - Hygiène féminine
 - densitométrie, holter

SERVICES

- Service d'analyse des devis dentaire

SERVICE D'ASSISTANCE (par IMA)

- Aide à domicile en sortie d'hospitalisation
- Répétiteur à domicile pour les enfants immobilisés durablement, etc.
- téléconsultation
- 2nd avis médical



Qu'est ce qui n'est pas assuré ?

- Les soins reçus en dehors de la période de validité du contrat
- Les indemnités journalières en cas d'arrêt de travail
- les dépenses de soins relatives aux séjours dans les unités ou centres de long séjour et dans les établissements qui accueillent des personnes (maisons de retraites, EHPAD, centres d'aide à l'insertion sociale)
- La chirurgie esthétique non prise en charge par la sécurité sociale
- Le forfait journalier facturé par les établissements d'hébergement médicaux-sociaux comme les EHPAD
- la totalité du Ticket Modérateur (TM) des médicaments pris en charge à 30% par la sécurité sociale, le TM de ceux pris en charge à 15%
- les actes non pris en charge par la sécurité sociale, exceptions faites des actes figurant dans les tableaux de prestations des statuts



Y-a-t-il des exclusions à la couverture ?

Exclusions liées aux contrats responsables

- Les participation forfaitaire et les franchises médicales sur les boîtes de médicaments, actes paramédicaux et transports
- la majoration du ticket modérateur et les dépassements d'honoraires si les dépenses de santé sont réalisées en dehors du parcours de santé (médecin référent)
- les dépassements d'honoraires au-delà de la limite fixée réglementairement pour les médecins n'adhérant pas à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée



Où suis-je couvert ?

- En France et à l'étranger
- Dans le cas où les soins ont été dispensés à l'étranger, le remboursement se fait sur la base de remboursement du régime d'assurance maladie obligatoire français, quelle que soit la dépense engagée, sur présentation du décompte de remboursement de la sécurité sociale
- pour les soins non pris en charge par la sécurité sociale, et si les statuts le prévoient, le remboursement est effectué sur présentation des factures acquittées



Quelles sont mes obligations ?

Règles générales à l'adhésion

- Remplir précisément le bulletin d'adhésion que nous vous fournissons
- Attester que, compte tenu de vos besoins, la mutuelle vous a conseillé sur le choix de vos garanties et que vous adhérez en toute connaissance de cause.
- Fournir tous documents justificatifs demandés
- Régler la cotisation indiquée au contrat

Règles générales en cours de contrat

- Fournir tous les justificatifs nécessaires au paiement des prestations prévues au contrat
- Adresser les factures et décomptes sécurité sociale dans un délai de deux ans suivant l'acquittement ou la date de remboursement par le Régime Obligatoire
- Informer la mutuelle de tout changement de situation dans les 15 jours (changement d'adresse, de coordonnées bancaires, de la composition familiale –naissance, mariage, décès- changement de centre de gestion du Régime Obligatoire, changement de profession, passage à la retraite) et fournir les justificatifs

Obligations statutaires

- Pour les agents des trois fonctions publiques, titulaires ou contractuels : souscrire la garantie perte de rémunération (garantie facultative pour les agents couverts par un contrat de prévoyance obligatoire et pour les adhérents hors fonction publique)
- Pour les retraités : souscrire la garantie dépendance



Quand et comment effectuer les paiements de mes cotisations ?

Les cotisations sont fixées par année civile. Elles sont payables mensuellement, par avance, chaque début de mois, par prélèvement automatique sur un compte bancaire ouvert en France.

Le paiement par chèque ou virement est autorisé pour les adhérents et dans les cas particuliers, après accord du correspondant TRACFIN. Dans ce cas, l'échéancier est trimestriel.



Quand commence la couverture et quand prend-elle fin ?

L'adhésion prend effet le premier jour du mois suivant la réception du bulletin d'adhésion par la mutuelle. La date d'adhésion figure sur les documents transmis à sa conclusion (lettre d'appel de cotisation et certificat de garanties)

Chaque adhérent dispose d'un délai de rétractation de 14 jours à compter de la date de réception du bulletin d'adhésion par la mutuelle.

L'adhésion court jusqu'au 31 décembre suivant la réception du bulletin d'adhésion par la mutuelle. Elle est ensuite tacitement reconduite par année civile, sauf dénonciation par l'une ou l'autre des parties dans les conditions fixées au contrat.

Les soins effectués ou prescrits avant la date d'adhésion ne donnent pas lieu au versement de prestations



Comment puis-je résilier le contrat ?

La résiliation se demande par écrit, par courrier postal ou par mail.

Les cas de résiliation :

- A date échéance du contrat (31 décembre), en adressant la demande de résiliation au moins deux mois avant (soit au plus tard le 31 octobre de la même année).
- Dans les 30 jours suivant la réception de votre appel de cotisations annuel, si la tarification ou les nouvelles règles statutaires ou réglementaires ne vous conviennent pas.
- Lorsque vous êtes soumis à un contrat collectif obligatoire
- En cas de modification de votre situation personnelle ou professionnelle dès lors que ce changement modifie la nature du risque.
- En cours d'année, si vous avez souscrit la garantie « Santé » depuis plus d'un an. La demande doit indiquer « demande de résiliation infra-annuelle » et une prise d'effet 30 jours plus tard ou davantage. Il est possible de donner mandat au nouvel organisme complémentaire.



INFORMATIONS

Compte tenu de la multiplicité des codifications des actes médicaux, il n'est pas possible de tout indiquer dans une fiche normalisée de format A4.

L'exhaustivité de nos prestations figure dans les statuts de la mutuelle. Vous pouvez en obtenir une version papier sur simple demande ou les consulter en ligne sur notre site :

<https://www.mutuellemcf.fr>.

Téléphone : 01 41 74 31 00 du lundi au vendredi entre 9 et 16 heures

Messagerie : mcf@mutuellemcf.fr

Adresse :

MCF
110 rue de Picpus
CS 80504
75131 PARIS Cedex 12