

Guide pratique

Gamme labellisée
2024



[mutuelleMGC.fr](https://www.mutuelleMGC.fr)
Mutuelle depuis 1883 !



Essentiel, Confort, Sérénité

7 garanties de complémentaire santé labellisées

Gammes solo/duo

	 Soins courants	 Hospitalisation	 Optique	 Dentaire	 Aides auditives	 Médecine douce
Essentiel Éco <i>Labellisée</i>	● ○ ○ ○ ○	● ○ ○ ○ ○	● ○ ○ ○ ○	● ○ ○ ○ ○	● ○ ○ ○ ○	○ ○ ○ ○ ○
Essentiel <i>Labellisée</i>	● ● ○ ○ ○	● ○ ○ ○ ○	● ○ ○ ○ ○	● ○ ○ ○ ○	● ○ ○ ○ ○	● ○ ○ ○ ○
Essentiel plus <i>Labellisée</i>	● ● ● ○ ○	● ● ● ○ ○	● ● ● ○ ○	● ● ○ ○ ○	● ○ ○ ○ ○	● ● ○ ○ ○
Sérénité <i>Labellisée</i>	● ● ● ● ○	● ● ● ● ○	● ● ○ ○ ○	● ● ○ ○ ○	● ● ● ● ●	● ● ● ○ ○

Gammes famille

	 Soins courants	 Hospitalisation	 Optique	 Dentaire	 Aides auditives	 Médecine douce
Confort <i>Labellisée</i>	● ● ● ○ ○	● ● ● ○ ○	● ● ● ○ ○	● ● ● ○ ○	● ● ○ ○ ○	● ● ● ○ ○
Confort plus <i>Labellisée</i>	● ● ● ● ○	● ● ● ● ○	● ● ● ● ○	● ● ● ● ○	● ● ● ○ ○	● ● ● ○ ○
Confort extra <i>Labellisée</i>	● ● ● ● ●	● ● ● ● ●	● ● ● ● ●	● ● ● ● ●	● ● ● ● ○	● ● ● ○ ○



Performance

Garanties santé simples et complètes pour répondre à tous les niveaux de besoins et tous les budgets.
Assistance à domicile en cas d'hospitalisation ou d'immobilisation.



Tranquillité d'esprit

Tiers payant national (pas d'avance de frais).
Remboursements automatiques sous 48h après le remboursement de la caisse d'assurance maladie obligatoire (si la télétransmission est mise en place).



Accessibilité

Prise en charge immédiate (sauf pour la chambre particulière : délai d'attente de 2 mois uniquement si vous n'êtes pas déjà couvert par des garanties équivalentes à la date d'adhésion).
Réseau de soins partenaire pour diminuer vos dépenses en optique, dentaire, audio et être mieux conseillé et accompagné lors de vos démarches et dans les choix liés à votre santé.



Simplicité

Outils en ligne qui vous simplifient la vie : espace adhérent et application mobile pour gérer votre contrat en quelques clics, demander une analyse de devis, réaliser une téléconsultation...

GAMME ESSENTIEL-CONFORT-SÉRÉNITÉ

Tableau des garanties 2024

Garanties applicables au 1^{er} janvier 2024

Les garanties sont conformes au cahier des charges des contrats responsables et à la réforme du « 100 % santé » vous permettant l'accès à des prestations règlementairement définies en optique, dentaire et audiologie entièrement remboursées, donc sans reste à charge pour vous. Vous pouvez choisir entre des prestations relevant du panier « 100 % santé » ou des prestations hors panier « 100 % santé » dont les remboursements se feront selon la formule de garanties que vous avez choisie.

S'agissant d'actes pris en charge par votre caisse d'assurance maladie obligatoire (AMO), les remboursements indiqués dans le tableau incluent systématiquement le remboursement de cette dernière. Ils sont exprimés en pourcentage de la base de remboursement (BR) définie par l'AMO et/ou sous forme de forfait en euros.

	Gamme Essentiel				Gamme Confort		
	Essentiel Éco	Essentiel	Essentiel Plus	Sérénité	Confort	Confort Plus	Confort Extra
SOINS COURANTS							
Honoraires médicaux :							
Médecins généralistes ayant adhéré à l'OPTAM ⁽¹⁾	100%	100%	100%	100%	100%	100%	145%
Médecins généralistes hors OPTAM ⁽¹⁾	100%	100%	100%	100%	100%	100%	125%
Médecins spécialistes ayant adhéré à l'OPTAM ⁽¹⁾	100%	125%	140%	165%	140%	165%	200%
Médecins spécialistes hors OPTAM ⁽¹⁾	100%	105%	120%	145%	120%	145%	180%
Consultations de psychologues remboursées par l'AMO (8 séances par année civile) ⁽²⁾	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Actes de chirurgie et actes techniques hors hospitalisation dans le cadre de l'OPTAM ⁽¹⁾	100%	100%	140%	165%	140%	165%	200%
Actes de chirurgie et actes techniques hors hospitalisation hors OPTAM ⁽¹⁾	100%	100%	120%	145%	120%	145%	180%
Imagerie médicale dans le cadre de l'OPTAM ⁽¹⁾	100%	100%	100%	100%	100%	120%	130%
Imagerie médicale hors OPTAM ⁽¹⁾	100%	100%	100%	100%	100%	100%	110%
Participation forfaitaire sur les actes lourds	frais réels	frais réels	frais réels	frais réels	frais réels	frais réels	frais réels
Honoraires paramédicaux :							
Auxiliaires médicaux et paramédicaux	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Analyses et examens de laboratoires :							
Analyses médicales	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Médicaments :							
Médicaments remboursés par l'AMO au taux de 65% et 30%, (taux variable en fonction du régime d'affiliation à la Sécurité sociale)	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Matériel médical :							
Petit appareillage remboursé par l'AMO ⁽³⁾	100%	100%	100%	100% + 60€/an**	100% + 80€/an**	100% + 80€/an**	100% + 80€/an**
Grand appareillage remboursé par l'AMO ⁽³⁾	100%	100%	100%	100% + 200€/an**	100% + 280€/an**	100% + 280€/an**	100% + 280€/an**
Prothèse mammaire et capillaire, orthèse d'avancée mandibulaire contre l'apnée du sommeil remboursées par l'AMO	100%	100%	100%	100% + 250€/an**	100% + 200€/an**	100% + 200€/an**	100% + 200€/an**
Glucomètre (par année civile)	-	46€/an**	46€/an**	46€/an**	46€/an**	46€/an**	46€/an**
Autres prestations :							
Transport remboursé par l'AMO	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
HOSPITALISATION							
sauf établissements médico-sociaux et unités de soins de longue durée							
Frais de séjour :							
Frais de séjour pris en charge par l'AMO	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Honoraires :							
Honoraires en hospitalisation et ambulatoire facturés dans le cadre de l'OPTAM ⁽¹⁾	100%	100%	160%	250%	160%	175%	200%
Honoraires en hospitalisation et ambulatoire facturés hors OPTAM ⁽¹⁾	100%	100%	140%	200%	140%	155%	180%
Participation forfaitaire sur les actes lourds	frais réels	frais réels	frais réels	frais réels	frais réels	frais réels	frais réels
Forfait Patient Urgences ⁽⁴⁾	frais réels	frais réels	frais réels	frais réels	frais réels	frais réels	frais réels
Forfait journalier hospitalier :							
Forfait journalier des établissements hospitaliers (par jour)	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Chambre particulière (délai de stage de 2 mois)⁽⁵⁾ :							
- en médecine/chirurgie/obstétrique et convalescence (durée illimitée)	-	-	40€/jour	50€/jour	40€/jour	55€/jour	55€/jour
- en psychiatrie (durée limitée à 30 jours/année civile)	-	-	40€/jour	40€/jour	40€/jour	50€/jour	55€/jour
- en ambulatoire (sans hébergement) (sans limite annuelle)	-	-	25€/jour	30€/jour	25€/jour	30€/jour	30€/jour

Essentiel Éco	Essentiel	Essentiel Plus	Sérénité	Confort	Confort Plus	Confort Extra
------------------	-----------	-------------------	----------	---------	-----------------	------------------

Frais d'accompagnement :

Frais d'accompagnement (repas et lit en établissement hospitalier et en maison d'accueil hospitalière adhérente à la Fédération des Maisons d'Accueil Hospitalières) (limité à 21 jours/année civile)	-	-	15€/jour	15€/jour	15€/jour	15€/jour	15€/jour
---	---	---	----------	----------	----------	----------	----------

OPTIQUE

Équipements optiques :

Participation limitée à un équipement⁽⁶⁾ (2 verres et 1 monture) tous les 24 mois, ramenés à 12 mois pour les enfants de plus de 6 ans et de moins de 16 ans, et à 6 mois pour les enfants jusqu'à 6 ans, uniquement en cas de mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage de l'enfant entraînant une perte d'efficacité du verre correcteur. Délais s'appréciant à partir de la date de facturation du dernier équipement ayant donné lieu à une prise en charge par l'AMO. Par exception, en cas d'évolution de la vue et dans les conditions réglementairement définies, il peut être dérogé à ces délais.

Équipement « 100 % santé »⁽⁷⁾ :

- Monture de classe A
- Verre de classe A avec options Durci, Aminci et Anti-reflet (les verres peuvent être associés à une monture de classe A ou de classe B)
- Prestation d'adaptation de la correction réalisée par l'opticien
- Prestation d'appairage réalisée par l'opticien
- Supplément pour verres avec filtre

Prise en charge intégrale **dans la limite des prix limites de vente en vigueur**



Chez tous les opticiens partenaires Santéclair #1 : **montures et verres de qualité de la gamme OFFRECLAIR, intégralement pris en charge**

- **Choix de 80 montures origine France,**

- **Verres de marque avec traitement aminci (selon le besoin de correction visuelle), anti-rayures et anti-reflets** (les verres peuvent être associés à une monture de la gamme OFFRECLAIR ou à une monture à prix libre pouvant occasionner un reste à charge).

Équipement entrant dans le cadre du panier de soins « libre » (classe B, à prix libres) :

- Monture de classe B	100%	100%	100% + 60€	100% + 60€	100% + 60€	100% + 70€	100% + 80€
- Verre simple de classe B (par verre) ⁽⁸⁾	100%	100%	100% + 45€	100% + 35€	100% + 45€	100% + 70€	100% + 85€
- Verre complexe de classe B (par verre) ⁽⁸⁾	100%	100%	100% + 80€	100% + 85€	100% + 80€	100% + 100€	100% + 110€
- Verre très complexe de classe B (par verre) ⁽⁸⁾	100%	100%	100% + 100€	100% + 125€	100% + 100€	100% + 125€	100% + 150€
- Prestation d'adaptation de la correction réalisée par l'opticien	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
- Supplément pour verres avec filtre	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%



Chez tous les opticiens partenaires Santéclair #1 : **montures et verres de marque à tarifs négociés.**

Jusqu'à 20% de remise sur les montures du panier de soins « libre »^{#2}

(Montures d'une valeur supérieure à 30€ et allant jusqu'à 100€ : une remise de 10% est effectuée sur le prix affiché. Montures d'une valeur supérieure à 100€ : une remise de 20% est effectuée sur le prix affiché.)

Autres prestations :

Lentilles remboursées ou non par l'AMO (par année civile) ⁽⁹⁾	100%*	100%*	100%* + 70€/an**	100%*	100%* + 70€/an**	100%* + 120€/an**	100%* + 150€/an**
Chirurgie réfractive et implant oculaire (y compris implant posé dans le cadre de l'opération de la cataracte) (par œil et par année civile)	-	-	100€ /œil/an**	100€ /œil/an**	100€ /œil/an**	200€ /œil/an*	250€ /œil/an**



Dans les centres de chirurgie réfractive partenaires Santéclair #1 : **bénéficiez d'une technique de pointe à des tarifs négociés.**

Jusqu'à -30% par rapport aux prix moyens du marché^{#2}.

DENTAIRE

Soins :

Soins dentaires, inlays onlays	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
--------------------------------	------	------	------	------	------	------	------

Soins et prothèses « 100 % santé »⁽⁷⁾ :

Prothèses dentaires remboursées par l'AMO, entrant dans le cadre du panier de soins « 100 % santé »	Prise en charge intégrale dans la limite des honoraires limites de facturation en vigueur						
---	--	--	--	--	--	--	--

Prothèses :

Prothèses dentaires remboursées par l'AMO, entrant dans le cadre des paniers « honoraires maîtrisés » ou « honoraires libres », dans la limite du plafond global annuel indiqué ci-contre (par année civile)⁽¹⁰⁾ . Ce plafond tient également compte des prestations versées au titre des prothèses « 100 % santé ». Les prothèses du panier « honoraires maîtrisés » sont par ailleurs prises en charge dans la limite des prix limites de facturation en vigueur. Après épuisement du plafond annuel, le remboursement sera limité au Ticket Modérateur.	-	-	1 600€	1 600€	1 600€	1 600€	1 600€
- prothèses fixes, y compris couronnes sur implant, hors bridge, sur dents visibles (incisives, canines, prémolaires) (par prothèse)	100%	100%	100% + 130€	100% + 120€	100% + 170€	100% + 250€	100% + 300€
- prothèses fixes, y compris couronnes sur implant, hors bridge, sur dents non visibles (molaires) (par prothèse)	100%	100%	100% + 90€	100% + 80€	100% + 130€	100% + 210€	100% + 250€
- bridge (inter de bridge et piliers) sur dents visibles (incisives, canines, prémolaires) (par bridge)	100%	100%	100% + 360€	100% + 360€	100% + 480€	100% + 660€	100% + 810€

* si remboursé par l'AMO.

** correspond à l'année civile et concerne uniquement les forfaits en euros.

	Essentiel Éco	Essentiel	Essentiel Plus	Sérénité	Confort	Confort Plus	Confort Extra
- bridge (inter de bridge et piliers) sur dents non visibles (molaires) (par bridge)	100%	100%	100% + 240€	100% + 240€	100% + 360€	100% + 540€	100% + 660€
- inlay core (pivot ou faux moignon) (par dent)	100%	100%	100% + 40€	100% + 40€	100% + 50€	100% + 70€	100% + 90€
- prothèses amovibles (forfait limité à 2 prothèses par année civile) (par prothèse)	100%	100%	100% + 220€	100% + 150€	100% + 200€	100% + 250€	100%
- autres prothèses remboursées par l'AMO	100%	100%	100%	250%	100%	100%	275%

SANTÉCLAIR Chez les chirurgiens-dentistes partenaires Santéclair# :
tarifs négociés pour les prothèses dentaires les plus fréquentes à prix libres #2.

Autres prestations :

Orthodontie remboursée par l'AMO : prise en charge des dépassements d'honoraires uniquement pour les actes de traitement actif et de contention. La prise en charge est limitée au ticket modérateur (100% BR) pour les actes de diagnostic, examens et surveillance.	100%	100%	100%	100%	100% + 500€/an**	100% + 760€/an**	100% + 960€/an**
Implantologie (implant, pilier), parodontologie remboursées ou non par l'AMO	100%*	100%*	100%* + 100€/an**	100%* + 200€/an**	100%* + 200€/an**	100%* + 300€/an**	100%* + 400€/an**
Prothèses provisoires et transitoires remboursées ou non par l'AMO (par prothèse)	100%*	100%* + 30€	100%* + 30€	100%* + 30€	100%* + 30€	100%* + 30€	100%* + 30€

SANTÉCLAIR Chez les chirurgiens-dentistes partenaires Santéclair #1 : tarifs négociés pour les actes les plus fréquents d'orthodontie et jusqu'à -30% par rapport aux prix médians du marché pour tous les actes d'implantologie #3.

AIDES AUDITIVES

Aides auditives prises en charge par l'AMO :

Participation limitée à une aide auditive par oreille par période de quatre ans. Ce délai s'apprécie à compter de la date de la dernière facturation d'un appareil ayant fait l'objet d'une prise en charge par l'AMO.

Équipement « 100% santé »⁽⁷⁾ :

Aides auditives relevant du panier « 100% santé » Prise en charge intégrale **dans la limite des prix limités de vente en vigueur**

SANTÉCLAIR Chez tous les audioprothésistes partenaires Santéclair #1 : aides auditives de qualité prises en charge intégralement.

Équipement entrant dans le cadre du panier de soins « libre » :

Aides auditives à prix libres (classe II)	100%	100%	100%	100% + 450€	100% + 200€	100% + 250€	100% + 350€
---	------	------	------	----------------	----------------	----------------	----------------

SANTÉCLAIR Chez tous les audioprothésistes partenaires Santéclair #1 : aides auditives à tarifs négociés.
Des tarifs jusqu'à 35% moins chers par rapport aux prix moyens du marché #4 et 20% de remise sur les piles.

Autres prestations :

Frais d'entretien des prothèses auditives remboursés par l'AMO (piles...)	100%	100%	100%	100% + 30€/an**	100% + 30€/an**	100% + 30€/an**	100% + 30€/an**
---	------	------	------	--------------------	--------------------	--------------------	--------------------

SOINS EFFECTUÉS À L'ÉTRANGER

Dépenses médicales effectuées à l'étranger et remboursées par l'AMO	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
---	------	------	------	------	------	------	------

CURE THERMALE⁽¹¹⁾

Cure acceptée par l'AMO : traitement et honoraires remboursés par l'AMO	-	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Cure acceptée par l'AMO : frais d'hébergement remboursés ou non par l'AMO	-	100%*	100%*	100%* + 100€/an**	100%*	100%* +100€/an**	100%* + 100€/an**

PRÉVENTION ET MÉDECINES ALTERNATIVES

Automédication en pharmacie ⁽¹²⁾ (sur présentation d'une facture acquittée) (par année civile)	-	-	60€/an**	60€/an**	60€/an**	60€/an**	60€/an**
Praticiens santé non remboursés par l'AMO : consultation ostéopathie, étiothérapie, chiropratique, acupuncture, homéopathie, psychomotricité	-	forfait global de 30€/an**	40€/séance (3 séances/an**)				
Praticiens de santé remboursés ou non par l'AMO : consultations pédicure-podologie	-	-	-	20€/séance (3 séances/an**)	20€/séance (3 séances/an**)	20€/séance (3 séances/an**)	20€/séance (3 séances/an**)
Consultation diététicien (par séance, dans la limite de 3 séances par année civile)	-	-	-	20€/séance (3 séances/an**)	20€/séance (3 séances/an**)	20€/séance (3 séances/an**)	20€/séance (3 séances/an**)
Contraceptifs non remboursés par l'AMO : pilule, anneau vaginal, préservatif, spermicides, implant, patch (sur présentation d'une facture acquittée de pharmacie) (par année civile)	-	60€/an**	60€/an**	60€/an**	60€/an**	60€/an**	60€/an**
Produits de sevrage tabagique (par année civile)	-	50€/an**	50€/an**	50€/an**	50€/an**	50€/an**	50€/an**
Produits d'homéopathie (sur présentation d'une ordonnance et d'une facture acquittée) (par année civile)	-	20€/an**	20€/an**	20€/an**	20€/an**	20€/an**	20€/an**
Vaccin anti-grippe	-	frais réels	frais réels	frais réels	frais réels	frais réels	frais réels

* si remboursé par l'AMO.

** correspond à l'année civile et concerne uniquement les forfaits en euros.

	Essentiel Éco	Essentiel	Essentiel Plus	Sérénité	Confort	Confort Plus	Confort Extra
Autres vaccins et traitements non remboursés par l'AMO : fièvre jaune, méningite, encéphalite japonaise, fièvre typhoïde, rage ; traitement préventif antipaludique (par année civile)	-	40€/an**	40€/an**	40€/an**	40€/an**	40€/an**	40€/an**
Ostéodensitométrie	100%*	100%*	100%*	100%* + 45€/an**	100%*	100%* + 45€/an**	100%* + 45€/an**
Actes de prévention remboursés par l'AMO	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

SANTÉCLAIR Chez les diététiciennes et ostéopathes-chiropracteurs partenaires Santéclair #1 : consultations à tarifs négociés :
-15% par rapport aux prix moyens du marché (source : données Santéclair) #5.

ALLOCATIONS

Allocation longue maladie (sous conditions - voir Règlement Mutualiste) (par jour)	-	-	-	-	9€/jour	9€/jour	9€/jour
Naissance ou adoption (sous conditions - voir Règlement Mutualiste) (par enfant)	-	200€	200€	200€	200€	200€	200€
Mariage (sous conditions - voir Règlement Mutualiste)	-	100€	100€	100€	100€	100€	100€
Décès (sous conditions - voir Règlement Mutualiste)	-	-	300€	300€	300€	300€	300€
Rente survie (sous conditions)	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui

SERVICES

 Assistance (voir la notice d'information)	oui						
 Services et réseaux de professionnels de la santé Santéclair	oui						
 Club Avantages (réductions sur cinéma, billetterie, loisirs...)	oui						

* si remboursé par l'AMO.

** correspond à l'année civile et concerne uniquement les forfaits en euros.

- #1 Coordonnées consultables sur le site ou l'application MySantéclair accessibles à partir de l'espace adhérent MGC (mutuellemgc.fr) ou l'application MGC, ou en contactant votre conseiller MGC.
- #2 Comparaison entre les tarifs négociés chez les professionnels de la santé partenaires Santéclair et les devis analysés par Santéclair en 2022. Par rapport aux prix moyens habituellement pratiqués hors réseau Santéclair. Étude réalisée par Santéclair sur les devis analysés du 1^{er} janvier 2022 au 31 décembre 2022. Comparaison à actes et matériaux strictement identiques.
- #3 Jusqu'à 30% d'économies par rapport aux prix moyens habituellement pratiqués hors réseau Santéclair. Étude réalisée par Santéclair sur les devis analysés du 1^{er} janvier 2022 au 31 décembre 2022. Comparaison à actes et matériaux strictement identiques.
- #4 Par rapport aux tarifs habituellement pratiqués hors réseau Santéclair à référence strictement identique (appareils auditifs de classe II). Étude réalisée par Santéclair sur les devis analysés du 1^{er} janvier 2020 au 31 octobre 2020. Comparaison portant sur les 40 références d'appareils les plus vendues. Le pourcentage de réduction varie selon les références d'appareils. Étude disponible sur demande.
- #5 Par rapport aux prix pratiqués par un échantillon de professionnels de la santé référencés par Santéclair n'appartenant pas au réseau. Étude réalisée en mars 2022 par Santéclair comparant les prix pratiqués par les professionnels partenaires du réseau aux prix pratiqués par cet échantillon.

Conditions de remboursement

Les garanties sont conformes au cahier des charges des contrats responsables (articles L.871-1, R. 871-1 et R.871-2 du Code de la Sécurité sociale).

- > Le remboursement de vos soins se fait toujours dans la limite de la dépense engagée: votre remboursement total (AMO + MGC) ne peut pas être supérieur au montant que vous avez dépensé.
- > Dans le cadre des contrats responsables, la mutuelle MGC ne vous rembourse pas les franchises médicales et la participation forfaitaire de 1€ sur les consultations.
- > La mutuelle MGC ne rembourse pas les soins et les actes médicaux dont le fait générateur (date de la prescription médicale, 1^{er} jour d'hospitalisation...) intervient avant la date d'effet de l'adhésion.
- > La mutuelle MGC ne rembourse pas les montants au-delà des prix limites de vente ou honoraires limites de facturation pour les soins et actes relevant du panier « 100% santé » ou du panier « honoraires maîtrisés ».

Légendes du tableau

1 - OPTAM (Option Pratique Tarifaire Maîtrisée): dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée visant à encadrer les dépassements d'honoraires dans le but d'améliorer l'accès aux soins des patients. OPTAM-CO est un dispositif similaire à celui de l'OPTAM destiné aux Chirurgiens et Obstétriciens.

2 - Consultations effectuées auprès d'un psychologue conventionné et référencé dans l'annuaire mis en ligne sur le site MonPsy (<https://monparcourspsy.sante.gouv.fr/annuaire>).

Pour bénéficier de la prise en charge de ces séances d'accompagnement psychologique, l'assuré doit :

- être âgé de trois ans ou plus ;
- présenter des troubles d'une nature et d'une intensité définis selon les critères fixés par l'arrêté du 8 mars 2022 ;
- être adressé à un psychologue par lettre de son médecin traitant ou d'un médecin impliqué dans sa prise en charge (orientation valable six mois).

3 - Le Grand appareillage comprend les dispositifs médicaux suivants :

- . Podo-orthèse
- . Orthoprothèse
- . Prothèse oculaire et faciale
- . Véhicule pour handicapés
- . Dispositifs médicaux implantables implants et greffons et dispositifs médicaux implantables actifs

Les dispositifs médicaux qui ne sont pas inclus dans le Grand appareillage relèvent du Petit appareillage.

Il s'agit : des dispositifs médicaux et matériels de maintien à domicile et d'aide à la vie ; des dispositifs médicaux, matériels et produits pour le traitement de pathologies spécifiques ; des orthèses ; des matériels de contention ; des aliments diététiques et des articles pour pansements

4 - Le forfait patient urgences (FPU) est une somme forfaitaire facturée lors d'un passage non programmé dans une structure des urgences d'un établissement de santé, lorsque ce passage n'est pas suivi d'une hospitalisation dans un service de médecine, de chirurgie, d'obstétrique ou d'odontologie au sein de l'établissement.

5 - En cas d'hospitalisation du membre participant ou de son ayant droit bénéficiaire, la mutuelle MGC prend en charge, le cas échéant, les frais de location d'un téléviseur pour une durée maximale de 30 jours. Cette garantie est accessible dès lors qu'il y a hospitalisation, sans limitations quant au nombre d'hospitalisations dans l'année. Si l'établissement hospitalier facture un forfait « chambre particulière incluant la télévision », la mutuelle MGC prendra en charge, en supplément, les frais de location de télévision au tarif de 4,10€ dans la mesure où l'établissement hospitalier est dans l'incapacité d'établir une facture détaillée. Cette prise en charge est limitée à 30 jours maximum par hospitalisation. Dans le cas où l'établissement fournit une facture détaillée, les frais de location de la télévision seront pris en charge, en supplément, à hauteur de la dépense réelle dans la limite de 30 jours par hospitalisation.

6 - Par dérogation au principe de limitation à un équipement par période de 24 mois et sur présentation d'une ordonnance ophtalmologique précisant une intolérance ou une contre indication aux verres progressifs ou multifocaux, la participation de la Mutuelle peut porter pour ladite période sur 2 équipements, l'un pour la vision de près, l'autre pour la vision de loin.

7 - Tels que définis réglementairement

8 - Il est possible de combiner les verres de la façon suivante : 2 verres simples ; ou 2 verres complexes ; ou 2 verres très complexes ; ou 1 verre simple + 1 verre complexe ; ou 1 verre simple + 1 verre très complexe ; ou 1 verre complexe + 1 verre très complexe.

9 - Pour les affiliés à la CPRP-SNCF : la participation versée par la CPRP-SNCF au titre des prestations spécifiques sur les lentilles hors TIPS ne donne pas lieu à un complément de la mutuelle MGC au titre des lentilles remboursées par l'AMO.

10 - À l'exception des prothèses dentaires appartenant au panier « 100% santé » qui sont prises intégralement en charge sans limites, les forfaits des prothèses dentaires (remboursements proposés au-delà de 100% de la base de remboursement) sont versés dans la limite d'un plafond fixé par année civile et par bénéficiaire, et indiqué dans le tableau des garanties.

Le plafond tient également compte des prestations versées au titre des prothèses du panier « 100% santé ». Après épuisement du plafond global annuel, le remboursement sera limité au ticket modérateur.

11 - Les cures thermales non médicalement justifiées ne donnent pas lieu à versement de prestations par la mutuelle MGC.

12 - Liste applicable à partir du 1^{er} janvier 2024, établie en date du 06/09/2023, susceptible d'évoluer en fonction des retraits du marché de médicaments. Consultable à tout moment sur mutuellemgc.fr et sur simple demande. Les noms en **gras italique** correspondent au principe actif des médicaments (= générique).

NOUVEAU : les noms en italique sont des médicaments d'homéopathie

Allergie > rhinite : Alairgix allergie cetirizine, Alairgix rhinite allergique cromogliclate de sodium (solution nasale), **Cetirizine**, Cromorhinol (solution nasale), Drill allergie cetirizine, Humex allergie cetirizine, Humex allergie loratadine, Humex rhume des foins à la beclométasone (solution nasale), **Loratadine**, Polaramine,

Reactine, Zyrtecset

Allergie > conjonctivite collyre : Allergiflash, Allergocomod, Cromabak, Cromadoses, Cromedil, Cromofree, **Cromogliclate de sodium**, Cromoptic, Humex conjonctivite allergique, Levofree, Levophta, Multicrom, Naabak, Naaxia, Naaxiafree, Ophthacalm, Ophthacalmfree, Opticron

Antalgiques : Advil, Advilcaps, Advilmed, Alka seltzer, Antarene, Aspegic, **Aspirine**, Aspro, Aspro cafeine, Cefaline, Claradol, Claradol cafeine, Dafalgan, Dafalgancaps, Dafalgantabs, Doliprane, Dolipraneliquiz, Dolipraneorodoz, Dolipranetabs, Dolco, Efferalgan, Efferalganmed, Ibupradoll, **Ibuprofene**, Nurofen, Nurofenacaps, Nurofenmed, Nurofenflash, Nurofenetabs, **Paracetamol**, Paralyoc, Prontadol, Spedifen, Spifen, Toprec

Anxiété, troubles sommeil, dépression légère :

Cardiocalm, Donormyl, **Doxylamine**, Euphytose, *Gelsemium complex n° 70 lehnig*, Granions de lithium, *Homeogene 46, L72*, Lidene, Oligosol lithium, *Passiflora compose*, Passiflorine, Santane n9, *Sedatif pc*, Sedinax, *Somnidoron*, Spasmine, Stressdoron, Sympathyl, *Zenalia*

Troubles digestifs > diarrhée : Diaretyl, Diarfix,

Diastrolib, Imodiumcaps, Imodiumduo, Imodiumlingual, Imodiumliquicaps, **Loperamide**, **Racecadotril**, Tiorfast

Troubles digestifs > constipation :

Duphalac, Eductyl, Forlax, Huile de paraffine, Importal, **Lactulose**, Lansoyl, Laxamalt, **Macrogol**, Melaxose, Movicol, Normafibe, Parapsyllium, Psylia, Psyllium langlebert, Restrical, Sorbitol delalande, Spagulax, Transipeg, Transipeglib, Transulose

Troubles digestifs > digestion difficile : Acticarbine**, Arginine veyron, Carbolevure**, *Caromithe*, Chophytol, Citrate de **betaine**, Digidryl, *Gastrocynesine*, *Nux vomica compose*, Oddibil, Oxyboldine, Sorbitol delalande

Troubles digestifs > ballonnements : Acticarbine**, Bolinan, Carbactive**, Carbolevure**, Carbosylane**, Carbosymag**, Charbon de belloc**, Dolospasmyl, *L114 lehnig*, Meteospasmyl, Meteoxane, Oxyboldine, Pepsane, Polysilane, Rennie deflatine, Siligaz

Troubles digestifs > ventre douloureux (spasmes) :

Dolospasmyl, Meteospasmyl, Meteoxane, **Phloroglucinol**, Spasfon Iyoc, Spasfon, Spasmocalm

Troubles digestifs > brûlure estomac : Alginate de sodium / bicarbonate de **sodium**, Carbosymag, *Gastropax*, Gaviscon, Gavisconell, Gavisconpro, Gelox, Ipraalox, Maalox maux estomac, Maalox reflux, Marga, Mopralpro, Moxydar, Neutricid, Neutroses, **Omeprazole**, **Pantoprazole**, Phosphalugel, Rennie deflatine, Rennie, Rennieliqo, Xolaam

Panier petite enfance

Nez : Serum physiologique en dosette, quelle que soit la marque, Versol, Mouche bebe quelle que soit la marque (pharmacie)

Erythème fessier : Eosine acqueuse, Liniment oleocalcaire, Aloplastine, Bepanthen pommade, Dexpanthenol pommade

Poussées dentaires : Camilia, Dentinea, Dolodent

Panier autotest et surveillance

Test de grossesse : Clearblue digital, Clearblue plus, Predictor early, Predictor express

Surveillance pression artérielle : Autotensiometre quelle que soit la marque (pharmacie)

** À prendre à distance d'autres médicaments (2 heures)

Bien comprendre le tableau des garanties est primordial. Pour vous aider, vous disposez ici de plusieurs exemples de remboursement, en vigueur au 01/01/2024, calculés pour un affilié au régime général de l'assurance maladie.

Dans le cas d'un remboursement exprimé en %, gardez toujours en tête que le remboursement se calcule selon le tarif donné par l'Assurance Maladie Obligatoire (la base de remboursement : BR) et non selon le prix pratiqué par le professionnel de santé.

Les % indiqués sur le tableau de garanties correspondent

au remboursement de l'Assurance Maladie Obligatoire (AMO) et de la mutuelle MGC pour un affilié au régime général.

Les remboursements de la mutuelle MGC se limitent à la dépense engagée. Par exemple, si le coût d'une chambre particulière est de 60€, le remboursement de la mutuelle MGC, même si la garantie prévoit un remboursement de 70€, n'ira pas au-delà de 60€. Un tableau de garanties annonçant un remboursement à 200% signifie que le remboursement AMO + MGC sera égal à 2 fois la BR. Les exemples correspondent aux remboursements de

l'Assurance Maladie Obligatoire (AMO) et de la mutuelle MGC dans le respect du parcours de soins. Ils sont calculés en fonction des tarifs de l'AMO en vigueur au 01/01/2024.

Le remboursement des honoraires des médecins dépend de leur adhésion à l'OPTAM (Option Pratique Tarifaire Maîtrisée) : dispositif de pratique tarifaire maîtrisée visant à encadrer les dépassements d'honoraires dans le but d'améliorer l'accès aux soins des patients. L'OPTAM-CO est un dispositif similaire à celui de l'OPTAM destiné aux Chirurgiens et Obstétriciens.

	Gamme Labellisée Essentiel				Gamme Labellisée Confort		
	Essentiel Éco	Essentiel	Essentiel Plus	Sérénité	Confort	Confort Plus	Confort Extra
SOINS COURANTS							
1 Consultation médecin traitant généraliste pour un patient de plus de 18 ans en secteur 1.							
Dépense (Tarif conventionnel)	26,50	26,50	26,50	26,50	26,50	26,50	26,50
Remboursement AMO (Régime général)	17,55	17,55	17,55	17,55	17,55	17,55	17,55
Remboursement MGC	7,95	7,95	7,95	7,95	7,95	7,95	7,95
Reste à charge (RAC)	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
<i>Précisions : Le RAC comprend la participation forfaitaire de 1€ laissée à votre charge par l'AMO.</i>							
2 Consultation pédiatre pour enfant de moins de 6 ans en secteur 1.							
Dépense (Tarif conventionnel)	33,50	33,50	33,50	33,50	33,50	33,50	33,50
Remboursement AMO (Régime général)	23,45	23,45	23,45	23,45	23,45	23,45	23,45
Remboursement MGC	10,05	10,05	10,05	10,05	10,05	10,05	10,05
Reste à charge (RAC)	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
3 Consultation pédiatre pour enfant de moins de 6 ans (médecin adhérent OPTAM ou OPTAM-co).							
Dépense (Tarif conventionnel)	49,00	49,00	49,00	49,00	49,00	49,00	49,00
Remboursement AMO (Régime général)	23,45	23,45	23,45	23,45	23,45	23,45	23,45
Remboursement MGC	10,05	18,43	23,45	25,55	23,45	25,55	25,55
Reste à charge (RAC)	15,50	7,13	2,10	0,00	2,10	0,00	0,00
4 Consultation pédiatre pour enfant de 2 à 16 ans en secteur 2 (médecin non adhérent OPTAM ou OPTAM-co).							
Dépense (Prix moyen national de l'acte)	64,00	64,00	64,00	64,00	64,00	64,00	64,00
Remboursement AMO (Régime général)	16,10	16,10	16,10	16,10	16,10	16,10	16,10
Remboursement MGC	6,90	8,05	11,50	17,25	11,50	17,25	25,30
Reste à charge (RAC)	41,00	39,85	36,40	30,65	36,40	30,65	22,60
5 Consultation médecin spécialiste pour un patient de plus de 18 ans en ophtalmologie en secteur 1.							
Dépense (Tarif conventionnel)	31,50	31,50	31,50	31,50	31,50	31,50	31,50
Remboursement AMO (Régime général)	21,05	21,05	21,05	21,05	21,05	21,05	21,05
Remboursement MGC	9,45	9,45	9,45	9,45	9,45	9,45	9,45
Reste à charge (RAC)	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
<i>Précisions : Le RAC comprend la participation forfaitaire de 1€ laissée à votre charge par l'AMO.</i>							
6 Consultation médecin spécialiste pour un patient de plus de 18 ans en ophtalmologie en secteur 2 (médecin non adhérent OPTAM ou OPTAM-co).							
Dépense (Prix moyen national de l'acte)	65,00	65,00	65,00	65,00	65,00	65,00	65,00
Remboursement AMO (Régime général)	15,10	15,10	15,10	15,10	15,10	15,10	15,10
Remboursement MGC	6,90	8,05	11,50	17,25	11,50	17,25	25,30
Reste à charge (RAC)	43,00	41,85	38,40	32,65	38,40	32,65	24,60
<i>Précisions : Le RAC comprend la participation forfaitaire de 1€ laissée à votre charge par l'AMO.</i>							
7 Consultation médecin spécialiste pour un patient de plus de 18 ans en gynécologie (médecin adhérent OPTAM ou OPTAM-co)							
Dépense (Prix moyen national de l'acte)	52,00	52,00	52,00	52,00	52,00	52,00	52,00
Remboursement AMO (Régime général)	21,05	21,05	21,05	21,05	21,05	21,05	21,05
Remboursement MGC	9,45	17,33	22,05	29,93	22,05	29,93	29,95
Reste à charge (RAC)	21,50	13,63	8,90	1,03	8,90	1,03	1,00
<i>Précisions : Le RAC comprend la participation forfaitaire de 1€ laissée à votre charge par l'AMO.</i>							

	Essentiel Éco	Essentiel	Essentiel Plus	Sérénité	Confort	Confort Plus	Confort Extra
8 Matériel médical : achat d'une paire de béquilles							
Dépense (Prix moyen national de l'acte)	25,99	25,99	25,99	25,99	25,99	25,99	25,99
Remboursement AMO (Régime général)	14,64	14,64	14,64	14,64	14,64	14,64	14,64
Remboursement MGC	9,76	9,76	9,76	11,35	11,35	11,35	11,35
Reste à charge (RAC)	1,59	1,59	1,59	0,00	0,00	0,00	0,00
9 Trois boîtes de médicaments à service médical rendu (SMR) faible (vignette orange).							
Dépense (Tarif conventionnel)	52,80	52,80	52,80	52,80	52,80	52,80	52,80
Remboursement AMO (Régime général)	6,42	6,42	6,42	6,42	6,42	6,42	6,42
Remboursement MGC	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Reste à charge (RAC)	46,38	46,38	46,38	46,38	46,38	46,38	46,38

Précisions : Le RAC comprend la franchise médicale de 0,50€ par boîte de médicament laissée à votre charge par l'AMO.

HOSPITALISATION

10 Forfait journalier hospitalier (hébergement).

Dépense (Tarif réglementaire)	20,00	20,00	20,00	20,00	20,00	20,00	20,00
Remboursement AMO (Régime général)	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Remboursement MGC	20,00	20,00	20,00	20,00	20,00	20,00	20,00
Reste à charge	0,00						

11 Chambre particulière en chirurgie pour 1 nuit (sur demande du patient).

Dépense (Prix moyen en hôpital public)	60,00	60,00	60,00	60,00	60,00	60,00	60,00
Remboursement AMO (Régime général)	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Remboursement MGC	0,00	0,00	40,00	50,00	40,00	55,00	55,00
Reste à charge (RAC)	60,00	60,00	20,00	10,00	20,00	5,00	5,00

Précisions : La chambre particulière est soumise un délai d'attente mentionné dans le tableau des garanties. Ce délai est supprimé si l'Adhérent était couvert par des garanties équivalentes à la date d'adhésion.

Séjours avec actes lourds, en secteur privé : opération chirurgicale de la cataracte

12 Frais de séjour en secteur privé. Séjours avec actes lourds, en secteur privé : opération chirurgicale de la cataracte.

Dépense (Prix moyen national de l'acte)	794,12	794,12	794,12	794,12	794,12	794,12	794,12
Remboursement AMO (Régime général)	770,12	770,12	770,12	770,12	770,12	770,12	770,12
Remboursement MGC	24,00	24,00	24,00	24,00	24,00	24,00	24,00
Reste à charge (RAC)	0,00						

Précisions : Le remboursement MGC comprend la participation forfaitaire de 24€ sur les actes lourds laissée à votre charge par l'AMO.

13 Honoraires chirurgien (médecin adhérent OPTAM ou OPTAM-co). Séjours avec actes lourds, en secteur privé : opération chirurgicale de la cataracte.

Dépense (Prix moyen national de l'acte)	422,00	422,00	422,00	422,00	422,00	422,00	422,00
Remboursement AMO (Régime général)	271,70	271,70	271,70	271,70	271,70	271,70	271,70
Remboursement MGC	0,00	0,00	150,30	150,30	150,30	150,30	150,30
Reste à charge (RAC)	150,30	150,30	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

Précisions : Le remboursement MGC comprend la participation forfaitaire de 24€ sur les actes lourds laissée à votre charge par l'AMO.

14 Honoraires chirurgien en secteur 2 (médecin non adhérent OPTAM ou OPTAM-co). Séjours avec actes lourds, en secteur privé : opération chirurgicale de la cataracte.

Dépense (Prix moyen national de l'acte)	463,00	463,00	463,00	463,00	463,00	463,00	463,00
Remboursement AMO (Régime général)	271,70	271,70	271,70	271,70	271,70	271,70	271,70
Remboursement MGC	0,00	0,00	108,68	191,30	108,68	149,44	191,30
Reste à charge (RAC)	191,30	191,30	82,62	0,00	82,62	41,86	0,00

Précisions : Le remboursement MGC comprend la participation forfaitaire de 24€ sur les actes lourds laissée à votre charge par l'AMO.

Séjours sans acte lourd, en secteur public (les honoraires des médecins sont inclus dans les frais de séjour) : suivi d'une pneumonie ou pleurésie pour un patient de plus de 17 ans

15 Frais de séjour en secteur public. Séjours sans acte lourd, en secteur public (les honoraires des médecins sont inclus dans les frais de séjour) : suivi d'une pneumonie ou pleurésie pour un patient de plus de 17 ans.

Dépense (Prix moyen national de l'acte)	3 344,37	3 344,37	3 344,37	3 344,37	3 344,37	3 344,37	3 344,37
Remboursement AMO (Régime général)	2 675,50	2 675,50	2 675,50	2 675,50	2 675,50	2 675,50	2 675,50
Remboursement MGC	668,87	668,87	668,87	668,87	668,87	668,87	668,87
Reste à charge (RAC)	0,00						

	Essentiel Éco	Essentiel	Essentiel Plus	Sérénité	Confort	Confort Plus	Confort Extra
OPTIQUE							
16 Equipement optique de classe A (équipement 100 % santé) : monture et verres simples.							
Dépense (Prix limite de vente)	115,00	115,00	115,00	115,00	115,00	115,00	115,00
Remboursement AMO (Régime général)	20,70	20,70	20,70	20,70	20,70	20,70	20,70
Remboursement MGC	94,30	94,30	94,30	94,30	94,30	94,30	94,30
Reste à charge (RAC)	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
17 Equipement optique de classe B (équipement hors 100 % santé) : monture et verres simples.							
Dépense (Prix moyen national de l'acte)	356,00	356,00	356,00	356,00	356,00	356,00	356,00
Remboursement AMO (Régime général)	0,09	0,09	0,09	0,09	0,09	0,09	0,09
Remboursement MGC	0,06	0,06	150,06	130,06	150,06	210,06	250,06
Reste à charge (RAC)	355,85	355,85	205,85	225,85	205,85	145,85	105,85
18 Equipement optique de classe A (équipement 100 % santé) : monture et verres progressifs.							
Dépense (Prix limite de vente)	210,00	210,00	210,00	210,00	210,00	210,00	210,00
Remboursement AMO (Régime général)	37,80	37,80	37,80	37,80	37,80	37,80	37,80
Remboursement MGC	172,20	172,20	172,20	172,20	172,20	172,20	172,20
Reste à charge (RAC)	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
19 Equipement optique de classe B (équipement hors 100 % santé) : monture et verres progressifs.							
Dépense (Prix moyen national de l'acte)	620,00	620,00	620,00	620,00	620,00	620,00	620,00
Remboursement AMO (Régime général)	0,09	0,09	0,09	0,09	0,09	0,09	0,09
Remboursement MGC	0,06	0,06	260,06	310,06	260,06	320,06	380,06
Reste à charge (RAC)	619,85	619,85	359,85	309,85	359,85	299,85	239,85
20 Lentilles non prises en charge par l'assurance maladie obligatoire.							
Dépense (Prix moyen national de l'acte)	148,00	148,00	148,00	148,00	148,00	148,00	148,00
Remboursement AMO (Régime général)	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Remboursement MGC	0,00	0,00	70,00	0,00	70,00	120,00	148,00
Reste à charge (RAC)	148,00	148,00	78,00	148,00	78,00	28,00	0,00
21 Chirurgie réfractive : opération corrective de la myopie non remboursée par l'assurance maladie obligatoire.							
Dépense (Prix moyen national de l'acte)	1 000,00	1 000,00	1 000,00	1 000,00	1 000,00	1 000,00	1 000,00
Remboursement AMO (Régime général)	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Remboursement MGC	0,00	0,00	100,00	100,00	100,00	200,00	250,00
Reste à charge (RAC)	1 000,00	1 000,00	900,00	900,00	900,00	800,00	750,00
DENTAIRE							
22 2 soins (hors soins et prothèses 100 % santé) : détartrage...							
Dépense (Tarif conventionnel)	43,38	43,38	43,38	43,38	43,38	43,38	43,38
Remboursement AMO (Régime général)	26,03	26,03	26,03	26,03	26,03	26,03	26,03
Remboursement MGC	17,35	17,35	17,35	17,35	17,35	17,35	17,35
Reste à charge (RAC)	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
23 Couronne céramo-métallique sur incisives, canines et premières prémolaires (prothèse 100 % santé).							
Dépense (Honoraire limite de facturation)	500,00	500,00	500,00	500,00	500,00	500,00	500,00
Remboursement AMO (Régime général)	72,00	72,00	72,00	72,00	72,00	72,00	72,00
Remboursement MGC	428,00	428,00	428,00	428,00	428,00	428,00	428,00
Reste à charge (RAC)	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
24 Couronne céramo-métallique sur molaires (hors soins et prothèses 100 % santé).							
Dépense (Prix moyen national de l'acte)	554,00	554,00	554,00	554,00	554,00	554,00	554,00
Remboursement AMO (Régime général)	72,00	72,00	72,00	72,00	72,00	72,00	72,00
Remboursement MGC	48,00	48,00	138,00	128,00	178,00	258,00	298,00
Reste à charge (RAC)	434,00	434,00	344,00	354,00	304,00	224,00	184,00
<i>Précisions : Les prothèses dentaires sont soumises à un plafond de remboursement mentionné dans le tableau des garanties.</i>							
25 Orthodontie (moins de 16 ans) : traitement par semestre (6 max).							
Dépense (Prix moyen national de l'acte)	698,00	698,00	698,00	698,00	698,00	698,00	698,00
Remboursement AMO (Régime général)	193,50	193,50	193,50	193,50	193,50	193,50	193,50
Remboursement MGC	0,00	0,00	0,00	0,00	250,00	380,00	480,00
Reste à charge (RAC)	504,50	504,50	504,50	504,50	254,50	124,50	24,50

Essentiel Éco	Essentiel	Essentiel Plus	Sérénité	Confort	Confort Plus	Confort Extra
---------------	-----------	----------------	----------	---------	--------------	---------------

26 Implant dentaire non pris en charge par l'AMO à 1100€ et couronne sur implant prise en charge par l'AMO à 540€ (prothèse céramomé-tallique sur dent visible) par un implantologue du réseau santéclair appliquant des tarifs négociés aux adhérents des mutuelles affiliées à Santéclair.

Dépense (Prix négocié dans le réseau Santéclair)	1 640,00	1 640,00	1 640,00	1 640,00	1 640,00	1 640,00	1 640,00
Remboursement AMO (Régime général)	64,50	64,50	64,50	64,50	64,50	64,50	64,50
Remboursement MGC	43,00	43,00	273,00	363,00	413,00	593,00	743,00
Reste à charge (RAC)	1 532,50	1 532,50	1 302,50	1 212,50	1 162,50	982,50	832,50

AIDES AUDITIVES

27 Aide auditive de classe I par oreille pour une personne de + de 20 ans (équipement 100 % santé).

Dépense (Prix limite de vente)	950,00	950,00	950,00	950,00	950,00	950,00	950,00
Remboursement AMO (Régime général)	240,00	240,00	240,00	240,00	240,00	240,00	240,00
Remboursement MGC	710,00	710,00	710,00	710,00	710,00	710,00	710,00
Reste à charge (RAC)	0,00						

28 Aide auditive de classe II par oreille.

Dépense (Prix moyen national de l'acte)	1 565,00	1 565,00	1 565,00	1 565,00	1 565,00	1 565,00	1 565,00
Remboursement AMO (Régime général)	240,00	240,00	240,00	240,00	240,00	240,00	240,00
Remboursement MGC	160,00	160,00	160,00	610,00	360,00	410,00	510,00
Reste à charge (RAC)	1 165,00	1 165,00	1 165,00	715,00	965,00	915,00	815,00

PRÉVENTION ET MÉDECINES ALTERNATIVES

29 4 séances d'ostéopathie (50 € par séance non prise en charge par l'amo), par un ostéopathe du réseau santéclair appliquant des prix négociés aux adhérents des mutuelles affiliées à santéclair.

Dépense	200,00	200,00	200,00	200,00	200,00	200,00	200,00
Remboursement AMO (Régime général)	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Remboursement MGC	0,00	30,00	120,00	120,00	120,00	120,00	120,00
Reste à charge (RAC)	200,00	170,00	80,00	80,00	80,00	80,00	80,00

30 Plusieurs achats en automédication de paracétamol, antalgiques, etc. présents sur la liste des médicaments pris en charge par la MGC, générant une dépense totale de 55€ sur l'année, non prise en charge par l'AMO.

Dépense	55,00	55,00	55,00	55,00	55,00	55,00	55,00
Remboursement AMO (Régime général)	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Remboursement MGC	0,00	30,00	55,00	55,00	55,00	55,00	55,00
Reste à charge	55,00	25,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

Mes remboursements en clair

100% qu'est-ce que ça veut dire ?

Il s'agit de 100% du tarif défini par l'Assurance Maladie Obligatoire (AMO) pour chaque type de soins, médicaments ou équipements.

Ce tarif, souvent dénommé Base de Remboursement (BR), est utilisé par l'AMO et par la mutuelle MGC pour calculer vos remboursements.

Le sigle « 100% » du tableau des garanties MGC signifie que votre remboursement total (la part AMO et la part MGC) correspond à 100% du tarif défini par l'AMO (BR).



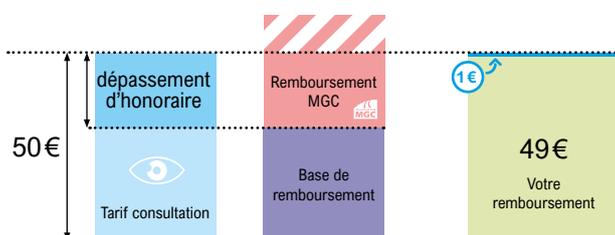
100% ne signifie pas que votre dépense sera intégralement remboursée

De nombreux soins et équipements (consultations, lunettes...) sont facturés librement par les praticiens. Les prix peuvent dépasser le tarif défini par l'AMO. On parle alors de dépassement d'honoraires. Ce dernier n'est pas pris en charge par l'AMO. Il peut l'être par la mutuelle MGC si votre garantie le prévoit.

Quelle prise en charge de vos dépassements ?

Vous consultez un ophtalmologue.

- Son tarif de consultation est de 50€.
- La Base de Remboursement de l'AMO (BR) est fixée à 30€.
- La différence de 20€ entre le prix de la consultation et la base de remboursement est appelé le « dépassement d'honoraires ».
- Prenons pour calculer la prise en charge, une garantie MGC prévoyant un remboursement allant jusqu'à 200% de la BR.



- Le montant de remboursement de la MGC sera de $200\% \times 30\text{€} = 60\text{€}$ moins une participation forfaitaire de $1\text{€} = 59\text{€}$.
- Cependant, le remboursement ne pouvant pas excéder la dépense engagée (50€ dans cet exemple), il est dans ce cas ramené à 49€
- (participation forfaitaire de 1€ laissée à votre charge).

Bon à savoir : Dans le cas où l'ophtalmologue n'a pas adhéré à l'OPTAM (voir ci-dessous), le remboursement est minoré d'au moins 20% de la BR. Pour la garantie MGC qui nous sert d'exemple, il sera de 180% au lieu de 200%.



Les garanties respectent les obligations du contrat complémentaire santé « responsable » prévues par les pouvoirs publics. À ce titre :

- > la mutuelle MGC **ne peut pas rembourser** :
 - les franchises médicales,
 - la participation forfaitaire de 1€ sur les consultations,
 - les pénalités appliquées par l'AMO en dehors du parcours de soins coordonnés,
 - les montants au-delà des prix limites de vente ou honoraires limites de facturation pour les soins et actes relevant du panier « 100% santé ».
- > la mutuelle MGC **doit minorer d'au moins 20% de la Base de Remboursement (BR)** :
 - la prise en charge des dépassements facturés par les médecins non-adhérents à l'OPTAM, Option Pratique Tarifaire Maîtrisée (convention signée entre les médecins et l'AMO visant à limiter les dépassements d'honoraires).

Les + de la mutuelle MGC ?

Des services inclus pour :



maîtriser votre budget et vous faciliter l'accès aux soins :

- > **Réseau de soins Santéclair** (optique, dentaire, audio, hospitalisation, médecins ou paramédicaux, médecines douces) pour dépenser moins et bénéficier de soins de qualité (tiers payant garanti) ;
- > **Analyse de devis** pour être conseiller et vous aider à réaliser des économies ;
- > **Téléconsultation** 24h/24 et 7j/7



vous aider et vous accompagner en cas de coup dur.

- > **2^e avis médical**
- > **MGC-Assistance** 24h/24 et 7j/7
(Assistance à domicile en cas d'hospitalisation ou en cas d'immobilisation (sous conditions))



Une application mobile

pour gérer votre contrat, suivre vos remboursements, contacter nos conseillers et accéder à vos services.



Un club avantages

pour bénéficier de tarifs réduits sur des activités loisirs et bien-être !

Une gestion de qualité et des adhérents satisfaits :

Depuis 2015, la mutuelle MGC est certifiée ISO 9001 pour la **qualité de gestion de sa relation adhérent**.



93% des adhérents déclarent être prêts à recommander la mutuelle MGC* !

ASSURANCE COMPLÉMENTAIRE SANTÉ

Document d'information sur le produit d'assurance

Produit assuré par : Mutuelle Générale des Cheminots (MGC), Mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du Code de la Mutualité, inscrite au répertoire SIRENE sous le numéro 775 678 550.

Produit :

Essentiel, Confort, Sérénité labellisée Agents Territoriaux – Garanties responsables



Ce document d'information présente un résumé des principales garanties et exclusions du produit. 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. En particulier, les niveaux de remboursement seront détaillés dans le tableau de garanties annexé.



Qu'est-ce qui est assuré ?

Les montants des prestations sont soumis à des plafonds qui varient en fonction du niveau de garantie choisi, et figurent dans le tableau de garanties. Ils ne peuvent être plus élevés que les dépenses engagées, et une somme peut rester à votre charge.

Les garanties systématiquement prévues

- ✓ **Soins courants et prescriptions médicales** : consultations, visites de médecins, examens médicaux, participation forfaitaire sur les actes lourds, auxiliaires médicaux, pharmacie à service médical rendu (SMR) élevé ou modéré (remboursée à 65% et 30% par l'AMO), prothèses, orthèses, glucomètre.
- ✓ **Hospitalisation et maternité** : frais de séjour, forfait journalier hospitalier, forfait patient urgences, transport, honoraires (ticket modérateur), participation forfaitaire sur les actes lourds.
- ✓ **Optique** : lunettes (monture et/ou verres), lentilles de contact.
- ✓ **Dentaire** : Soins dentaires, orthodontie, implantologie et parodontologie remboursés. Prothèses dentaires.
- ✓ **Aides auditives**
- ✓ **Prévention et médecines alternatives** : cure thermale, praticiens non remboursés par l'AMO (ostéopathe, chiropracteur, podologue-pédicure...), prévention et dépistages pharmacie en automédication, produits d'homéopathie prescrits.
- ✓ **Allocations** : allocation mariage (sous conditions), allocation naissance/adoption.

Les garanties optionnelles

En fonction du niveau de garantie, les postes suivants peuvent être assurés :

Hospitalisation et maternité : honoraires (dépassements), chambre particulière, frais d'accompagnement.

Optique : chirurgie réfractive de la myopie et implant oculaire posé dans le cadre de l'opération de la cataracte.

Les services systématiquement prévus

- ✓ Réseau de soins (réduction tarifaire chez les opticiens, chirurgiens-dentistes et audioprothésistes partenaires).
- ✓ Service d'analyse de devis.
- ✓ Téléconsultation médicale 7/7 24/24.
- ✓ Action sociale.

L'assistance systématiquement prévue

- ✓ Aide-ménagère en cas d'hospitalisation ou d'immobilisation.
- ✓ Garde des enfants, des ascendants dépendants en cas d'hospitalisation.
- ✓ Soutien scolaire en cas d'immobilisation.
- ✓ Auxiliaire de vie en cas de perte d'autonomie.

Les garanties précédées d'une coche ✓ sont systématiquement prévues au contrat.

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 et des offres labellisées pour les agents territoriaux.



Qu'est-ce qui n'est pas assuré ?

- ✗ Les soins non remboursés par l'AMO (sauf mention contraire).
- ✗ Les soins reçus en dehors de la période de validité du contrat.
- ✗ Les indemnités versées en complément de l'AMO en cas d'arrêt de travail.
- ✗ Les dépenses de soins relatives aux séjours effectués :
 - dans les unités ou centres de long séjour
 - dans les établissements ou les services qui accueillent des personnes âgées ou qui leur apportent à domicile une assistance dans les actes quotidiens de la vie, des prestations de soins ou une aide à l'insertion sociale.
- ✗ La chirurgie esthétique non prise en charge par l'AMO.
- ✗ Le forfait journalier facturé par les établissements d'hébergement médicaux-sociaux, comme les maisons d'accueil spécialisées (MAS) ou les établissements d'hébergement pour les personnes dépendantes (EHPAD).



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

Exclusions du contrat responsable

- ! La participation forfaitaire de 1€ et les franchises sur les boîtes de médicaments, actes paramédicaux et transport.
- ! La majoration du ticket modérateur et les dépassements d'honoraires si les dépenses de santé sont réalisées en dehors du parcours de soins.
- ! Les dépassements d'honoraires au-delà de la limite fixée réglementairement pour les médecins n'adhérant pas à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée.
- ! Les montants au-delà des prix limites de vente ou honoraires limites de facturation pour les soins et actes relevant du panier 100% santé.

Principales restrictions

- ! **Prescriptions médicales** : pharmacie à service médical rendu (SMR) faible (remboursée à 15% par l'AMO) non prise en charge.
- ! **Hospitalisation et maternité** : après 2 mois d'adhésion, chambre particulière sans limite en médecine/chirurgie/obstétrique/convalescence et ambulatoire, limitée à 30 jours par an en psychiatrie ; frais d'accompagnement limités à 21 jours par an (si prévus dans la garantie).
- ! **Optique** : prise en charge limitée à un équipement par période de 2 ans, réduite à 1 an pour un moins de 16 ans ou en cas d'évolution de la vue, et à 6 mois pour un enfant de moins de 6 ans en cas de mauvaise adaptation de la monture au visage.
- ! **Dentaire** : prise en charge limitée à 1 600€ par an pour les prothèses dentaires remboursées par l'AMO ; le remboursement des prothèses amovibles est limité à 2 par an.
- ! **Aides auditives** : participation limitée à une aide auditive par oreille par période de quatre ans à compter de la date de la dernière facturation et pour les appareils relevant du panier libre dans la limite de 1700 € par appareil (dont ticket modérateur et participation AMO) .
- ! **Médecines alternatives** : limité à 3 séances par an et par bénéficiaire (si prévus dans la garantie).



Où suis-je couvert ?

- ✓ En France et à l'étranger.
- ✓ Les soins engagés à l'étranger sont remboursés dans la limite du ticket modérateur à condition qu'ils soient pris en charge par un régime obligatoire d'assurance maladie français.



Quelles sont mes obligations ?

Sous peine de suspension des garanties

À la souscription du contrat :

- Remplir avec exactitude le formulaire de souscription fourni par la Mutuelle.
- Fournir tous documents justificatifs demandés par la Mutuelle.
- Régler la cotisation (ou fraction de cotisation) indiquée au contrat.

En cours de contrat :

- Fournir tous documents justificatifs nécessaires au paiement des prestations prévues au contrat.
- Faire parvenir les demandes de remboursements à la Mutuelle avant l'expiration du délai de prescription de 2 ans applicable à compter de la date de remboursement des soins de mon AMO.
- Informer la Mutuelle des événements suivants, dans les quinze jours qui suivent la connaissance que j'ai de l'un de ces événements : changement d'adresse, modification de sa composition familiale (naissance, mariage, décès), changement de situation au regard des régimes obligatoires français d'assurance maladie et maternité, changement de situation professionnelle, bénéfice de la Complémentaire Santé Solidaire.



Quand et comment effectuer les paiements ?

Les cotisations sont payables d'avance annuellement, selon les modalités prévues au Bulletin d'adhésion.

Les paiements peuvent être effectués annuellement par chèque ou être fractionnés mensuellement par prélèvement automatique.



Quand commence la couverture et quand prend-elle fin ?

La date d'effet du contrat est fixée d'un commun accord et est indiquée au bulletin d'adhésion. En cas de contrat conclu à distance ou de démarchage à domicile, je dispose d'un délai de rétractation de 14 jours calendaires révolus, qui commence à courir, s'agissant de l'adhésion à distance, à compter du jour où l'adhésion a pris effet, ou à compter du jour de la réception de l'ensemble de la documentation contractuelle (si cette date est postérieure à la date de prise d'effet de l'adhésion). S'agissant de l'adhésion à la suite d'un démarchage, le délai de 14 jours commence à courir à compter du jour de la signature du bulletin d'adhésion.

Le contrat est conclu pour une durée d'un an et se renouvelle automatiquement d'année en année à sa date d'échéance principale sauf résiliation par l'une des parties dans les cas et conditions fixés au contrat.



Comment puis-je résilier le contrat ?

Je peux mettre fin au contrat en notifiant ma démission à la Mutuelle par lettre, tout support durable, déclaration au siège ou chez le représentant de la Mutuelle, acte extra-judiciaire ou tout moyen de communication à distance susceptible d'être utilisé dans le cadre d'une adhésion.

- Chaque année, au moins 2 mois avant la date d'échéance du contrat, soit le 31 octobre au plus tard, pour une prise d'effet de la résiliation au 1^{er} janvier de l'année suivante.
- Dans un délai de 20 jours à compter de l'envoi de mon appel de cotisation, le délai de dénonciation courant à partir de la date figurant sur le cachet de la poste ou certifiée par un horodatage qualifié, pour une prise d'effet de la dénonciation à la date d'échéance du contrat ou, lorsque j'ai reçu mon appel de cotisation après la reconduction du contrat, le lendemain de la date de notification de la demande de démission.
- Dans un délai de 3 mois à compter de la survenance de l'évènement, en cas de modification de ma situation personnelle ou professionnelle ayant une influence directe sur les risques garantis, pour une prise d'effet de la dénonciation dans un délai d'un mois suivant sa notification.
- En cas d'adhésion au contrat collectif à adhésion obligatoire mis en place par mon employeur, en cas d'attribution de la Complémentaire Santé Solidaire (CSS), pour une prise d'effet de la dénonciation à la date d'affiliation au contrat collectif à adhésion obligatoire ou à la date d'ouverture des droits au dispositif de la Complémentaire Santé Solidaire.
- À tout moment à l'issue de la première année d'adhésion, pour une prise d'effet de la résiliation un mois après la réception par la mutuelle de la notification de la démission.

Extrait des Statuts de la MGC en vigueur au 01/01/2024 et du Règlement Mutualiste de la Gamme Labellisée en vigueur au 01/01/2024

Les Statuts et le Règlement Mutualiste complets peuvent vous être adressés sur simple demande auprès d'un conseiller MGC. Ils sont téléchargeables sur www.mutuellemgc.fr.

Extrait des Statuts : Fonctionnement de la Mutuelle

Personne morale de droit privé à but non lucratif, la mutuelle MGC est soumise aux dispositions du Livre II du Code de la Mutualité. La Mutuelle est soumise au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) – 4 Place de Budapest - CS 92459 - 75436 Paris Cedex 09 (Art. 1 et suivants).

Objet

La mutuelle MGC a notamment pour vocation de fournir à ses membres participants et à leurs ayants droit bénéficiaires des prestations de complémentaire santé (Art. 3).

Gouvernance

La Mutuelle est composée de membres participants et de membres honoraires. Sont membres participants les personnes physiques qui versent une cotisation et qui bénéficient ou font bénéficier leurs ayants droit des prestations de la Mutuelle ou qui y adhèrent dans le cadre de la participation de celle-ci à la protection complémentaire en matière de santé dite Complémentaire Santé Solidaire.

Les membres participants peuvent être groupés en Comités locaux. Le Conseil d'administration (CA) définit les secteurs géographiques dans lesquels sont regroupés les Comités locaux. Chaque comité local est administré par un organe de gestion dont les membres sont désignés par l'assemblée annuelle du comité local concerné.

Les Comités locaux assurent un lien étroit entre les adhérents et la Mutuelle. (Articles 9, 10, 13 et 14).

L'Assemblée Générale (AG) est composée des délégués des sections de vote. Élus, en qualité de délégués titulaires ou suppléants, pour 4 ans par et parmi les membres de leur section, ils représentent les membres participants et les membres honoraires. Les délégués titulaires participent et votent à l'AG. Chaque délégué titulaire dispose d'une seule voix à l'Assemblée générale.

L'AG se réunit au moins une fois par an et statue sur les questions qui lui sont soumises par le Président du CA. Elle procède à l'élection des membres du CA et à leur révocation. Conformément à l'article L.114.9 du Code de la Mutualité, l'AG se prononce notamment sur les modifications des statuts, les activités exercées, les montants ou les taux de cotisations ainsi que les prestations afférentes aux opérations individuelles mentionnées au II de l'article L.221-2 du Code de la Mutualité. (Articles 20 à 30)

Le Conseil d'Administration (CA) est composé au plus de 27 administrateurs élus, pour six ans, par les délégués titulaires parmi les membres participants à jour de leurs cotisations et les membres honoraires. Pour être éligible, le candidat aux fonctions d'administrateur doit notamment être adhérent, âgé de 18 ans révolus et de moins de 68 ans et satisfaire aux exigences de l'article L.114-21 du Code de la Mutualité.

Le CA se réunit au moins 3 fois par an. Il détermine les orientations de la Mutuelle et veille à leur application. Il se saisit de toute question intéressant la bonne marche de la Mutuelle. Le CA élit parmi ses membres un Président qu'il peut révoquer à tout moment. Le

Président organise et dirige les travaux du CA dont il rend compte à l'AG. Il engage les dépenses et représente la Mutuelle en justice. (Articles 31 à 55)

Extrait du Règlement Mutualiste « Gamme Labellisée » : votre garantie (vos droits et obligations)

Qui peut souscrire la garantie labellisée? (Art. 1)

- Peut souscrire à la garantie labellisée en tant que membre participant (Adhérent):
 - Les fonctionnaires de l'État, fonctionnaires territoriaux ou hospitaliers en activité;
 - Les agents non titulaires en activité au sein d'une collectivité territoriale ou d'un établissement public;
 - Les agents retraités.
- Peuvent bénéficier des garanties, les ayants droit de l'Adhérent suivants:
 - Le conjoint (ou assimilé) de l'Adhérent cotisant à la mutuelle MGC,
 - Les enfants à charge de l'Adhérent ou de son conjoint. Sont réputés à charge de l'Adhérent, sous réserve d'apporter annuellement tout justificatif de leur situation:
 - > les enfants jusqu'à leur 25^e anniversaire (sans justificatif), quelle que soit leur situation (salariés ou non);
 - > les enfants jusqu'à leur 28^e anniversaire s'ils poursuivent des études et sont affiliés à un régime étudiant de Sécurité sociale ou, à titre subsidiaire, à tout autre régime d'assurance maladie obligatoire;
 - > les enfants quel que soit leur âge s'ils sont atteints d'un handicap, défini à l'article L.241-1 du Code de l'Action Sociale et des Familles les mettant dans l'impossibilité d'exercer une activité professionnelle et de percevoir un salaire imposable.

Tous les membres d'une famille doivent adhérer à la même formule.

Quand l'adhésion prend-elle effet? (Art. 2 et 3.1)

L'adhésion est matérialisée par la signature du bulletin d'adhésion. Le bénéfice des garanties prend effet à la date mentionnée sur le bulletin d'adhésion et au plus tôt selon les modalités suivantes :

- au 1^{er} jour suivant la date de signature (y compris électronique) du Bulletin d'adhésion sous réserve que celui-ci parvienne complété et signé à la Mutuelle dans les 10 jours suivant cette date ;
- au 1^{er} jour suivant la date de réception du dossier complet dans le cas contraire.

Toutefois, si l'Adhérent et, le cas échéant, ses Ayants droit Bénéficiaires produit(ient) un certificat de radiation d'un organisme Complémentaire santé de moins de deux mois suivant la radiation, les garanties prennent effet le lendemain de la date de radiation.

Dans le cas où la Mutuelle effectue les formalités de résiliation pour le compte de l'Adhérent de ses garanties complémentaires santé auprès d'un autre organisme assureur, sous réserve de la complétude du dossier d'adhésion, les garanties prennent effet le lendemain de la date de fin des garanties complémentaires santé de l'assureur précédent.

Le droit aux prestations s'applique à compter de la prise d'effet des garanties, à l'exception de certaines prestations, soumises le cas échéant à un délai d'attente mentionné dans le tableau des garanties.

L'inscription ultérieure d'un Ayant droit au contrat prend effet au plus tôt au 1^{er} jour de la réception de la demande d'adhésion complétée et signée. Toutefois, dans le cas de l'inscription d'un enfant nouveau-né, l'adhésion prend effet au jour de la naissance, si l'adhésion intervient dans les 30 jours de sa naissance.

Peut-on renoncer à son adhésion? (Art.3.3)

En cas d'adhésion réalisée dans le cadre d'une vente à distance (ex : internet), l'Adhérent dispose d'un délai de quatorze jours calendaires soit à compter du jour où l'adhésion a pris effet, soit à compter du jour où l'intéressé reçoit les conditions d'adhésion et informations prévues à l'article L. 221-18 du Code de la mutualité si cette date est postérieure, ou dans le cadre d'un démarchage (domicile, résidence ou lieu de travail), à compter du jour de la signature du bulletin d'adhésion, pour renoncer à son adhésion par lettre recommandée avec accusé réception au siège de la Mutuelle. L'Adhérent n'a pas à justifier ses motifs ni à supporter de pénalités.

Dans les deux cas, pour exercer son droit de renonciation, l'Adhérent peut utiliser le modèle ci-dessous et doit joindre, impérativement, les deux exemplaires de sa carte de tiers payant en cours de validité :

Je soussigné(e) M.-Mme. [Nom, prénom, numéro d'adhérent], demeurant [adresse] déclare renoncer à mon adhésion à la garantie complémentaire santé - [Nom de la formule]. conclue le [Date] auprès de la Mutuelle MGC.

Fait le [Date] signature

Les prestations sont elles soumises à un délai d'attente (délai de stage) (Articles 3.1 et 15.4)

Le droit aux prestations s'applique à compter de la prise d'effet des garanties, à l'exception de certaines prestations, soumises le cas échéant à un délai d'attente mentionné dans le tableau des garanties (délai de stage de 2 mois pour la chambre particulière en établissement de santé (les établissements médico-sociaux et longs séjours n'étant pas pris en compte).

Quelle est la durée de la garantie et comment se renouvelle t-elle? (Art. 3.2)

L'adhésion à la garantie complémentaire santé est annuelle et produit effet du 1^{er} janvier au 31 décembre, sauf dans le cas d'une adhésion en cours d'année. L'adhésion se renouvelle ensuite par tacite reconduction le 1^{er} janvier de chaque année, quelle que soit la date d'adhésion initiale sauf dénonciation par l'Adhérent dans les conditions précisées infra.

Peut-on changer de garantie (formule ou gamme) ? (Art. 4)

Le choix du niveau de garantie est effectué par l'Adhérent au moment de son adhésion et s'applique à l'ensemble de ses éventuels Ayants droit pour une durée minimale d'une année.

Après un an d'adhésion au niveau de garantie choisi, l'Adhérent a la possibilité de demander le changement de niveau de garantie ou de gamme sous réserve qu'il soit à jour de ses cotisations. Dans cette hypothèse, le changement de niveau de garantie ou de gamme prendra effet au plus tôt selon les modalités suivantes :

Extrait des Statuts de la MGC en vigueur au 01/01/2024 et du Règlement Mutualiste de la Gamme Labellisée en vigueur au 01/01/2024

- au 1^{er} jour suivant la date de signature (y compris électronique) du Bulletin d'adhésion modificatif sous réserve que celui-ci parvienne complété et signé à la Mutuelle dans les 10 jours suivant cette date ;
- au 1^{er} jour suivant la date de réception du dossier complet dans le cas contraire, pour lui-même et ses Ayants droit éventuels et ce pour une durée minimale d'une année.
Toutefois, le changement de garantie ou de gamme peut intervenir avant l'expiration du délai d'un an sur présentation de justificatifs lorsqu'il s'agit d'un changement lié aux événements exceptionnels suivants :

- modification de la situation familiale de l'Adhérent ;
- changement de régime obligatoire ;
- bénéfice ou perte de prestations perçues par l'Adhérent lui permettant de financer sa Complémentaire santé ;
- rupture du contrat de travail de l'Adhérent ;
- demande de liquidation des droits à l'assurance vieillesse de l'Adhérent ;

Le changement de garantie ou de gamme lié aux événements exceptionnels doit être demandé au plus tard dans un délai de trois mois suivant la date de l'événement, accompagné d'un justificatif du changement de situation. Ce changement anticipé de garantie ou de gamme prend effet au plus tôt selon les modalités suivantes :

- au 1^{er} jour suivant la date de signature (y compris électronique) du Bulletin d'adhésion modificatif sous réserve que celui-ci parvienne complété et signé à la Mutuelle dans les 10 jours suivant cette date ;
- au 1^{er} jour suivant la date de réception du dossier complet dans le cas contraire.

En tout état de cause, tout changement de garantie emporte, à compter de sa prise d'effet renonciation au droit de formuler une nouvelle demande de changement de garantie pour une durée minimale d'une année, sauf événements exceptionnels et **fait redémarrer le délai d'un an pour bénéficier du droit à résiliation à tout moment.**

Que se passe-t-il en cas de changement de situation? (Art. 5)

L'Adhérent doit informer par courrier la Mutuelle dans les meilleurs délais **et au plus tard dans le mois qui suit l'évènement de toute modification dans sa situation ou celle de ses ayants droit bénéficiaires**, ayant notamment une incidence sur les montants des cotisations et/ou des prestations. Il en est ainsi notamment des changements suivants : domicile (par défaut, les lettres adressées au dernier domicile connu produiront tous leurs effets), caisse d'Assurance Maladie Obligatoire ou de régime d'assurance maladie obligatoire, modification de la situation professionnelle, modification de la situation familiale ou de la composition de la famille inscrite...

Sauf indications contraires, ces modifications sont prises en compte au plus tard au 1^{er} jour du mois suivant la réception du courrier. À réception de cette nouvelle notification, l'Adhérent dispose d'un délai de 2 mois pour informer la Mutuelle de toute information erronée constatée ; à défaut, les modifications opérées sont acceptées par l'Adhérent.

Comment l'Adhérent peut-il résilier sa garantie? (Art. 6.1)

L'Adhérent peut démissionner et mettre fin à son adhésion tous les ans en le notifiant à la Mutuelle au moins deux mois avant la date d'échéance, soit

le 31 octobre au plus tard. La démission prend effet au 1^{er} jour de l'année suivante.

Par ailleurs, l'Adhérent peut dénoncer son adhésion, dans les 20 jours qui suivent l'envoi de l'avis d'échéance annuelle de cotisation, si ce dernier lui est adressé moins de 15 jours avant le 31 octobre ou après cette date (art. L221-10-1 du Code de la Mutualité). Le délai de dénonciation court à partir de la date d'envoi de l'avis d'échéance (cachet de la poste horodatage certifié). L'Adhérent, qui bénéficie d'un régime collectif complémentaire santé à adhésion obligatoire peut demander sa démission, en cours d'année, sous réserve de la production d'une attestation employeur. La résiliation de la garantie prend effet au plus tôt au 1^{er} jour du mois qui suit la notification par l'Adhérent de sa demande dûment justifiée.

Si l'Adhérent bénéficie de la Complémentaire Santé Solidaire, il peut demander qu'il soit mis fin à son adhésion sous réserve de produire l'attestation d'ouverture des droits à la Complémentaire Santé Solidaire. La résiliation de la garantie prend alors effet à la date d'ouverture des droits à la Complémentaire Santé Solidaire. En cas de changement de domicile, de situation matrimoniale, de régime matrimonial, de profession, ou en cas de retraite professionnelle ou de cessation définitive d'activité professionnelle : lorsque l'adhésion a pour objet la garantie des risques en relation directe avec la situation antérieure du Membre participant et qui ne se retrouvent pas dans sa situation nouvelle, le membre participant peut dénoncer son adhésion.

Dans ce cas, la fin de l'adhésion ne peut intervenir que dans les trois mois suivant la date de l'évènement ou la date de sa révélation. La dénonciation prend effet un mois après la réception de sa notification, sous réserve que le Membre participant ait adressé à la Mutuelle toutes les précisions de nature à établir que la résiliation est en relation directe avec ledit évènement. Après expiration d'un délai d'un an à compter de son adhésion, l'Adhérent peut démissionner et mettre fin à son Adhésion à tout moment, en notifiant lui-même ou en faisant notifier par son nouvel assureur, sa décision à la Mutuelle. La démission prend effet un mois après la réception de cette notification.

En tout état de cause, la démission doit être notifiée à la Mutuelle par :

- Une lettre ou tout autre support durable,
- Une déclaration au siège ou chez le représentant de la Mutuelle,
- Un acte extrajudiciaire,
- Le même mode de communication à distance que celui utilisé pour l'adhésion.

L'adhérent devra restituer les cartes de tiers payant en cours de validité.

Les garanties sont-elles solidaires et responsables? (Articles 15.2 et 19)

La garantie complémentaire santé définie au présent Règlement mutualiste est solidaire et responsable.

En raison de son caractère solidaire, aucun recueil d'informations médicales n'est opéré par la Mutuelle lors de l'adhésion et le montant des cotisations n'est pas fixé et n'évolue pas en fonction de l'état de santé de l'Adhérent ou de ses ayants droit bénéficiaires.

En raison de son caractère responsable, la garantie respecte les exclusions (prévues à l'article 19 du présent règlement mutualiste) et obligations minimales et maximales de prise en charge définies dans le cahier des charges des contrats responsables aux articles L.871-1, R.871-1 et R.871-2 du Code de la Sécurité sociale.

A ce titre, les garanties prennent en charge :

- l'intégralité de la participation de l'Adhérent ou ses ayants-droit bénéficiaires définie à l'article R.160-5 du Code de la Sécurité sociale pour les actes et prestations couverts par l'Assurance Maladie Obligatoire, y compris les prestations liées à la prévention (ticket modérateur). Toutefois, cette prise en charge n'est pas obligatoire pour les cures thermales, les dépenses de médicaments dont la prise en charge par l'Assurance Maladie Obligatoire est fixée à 15% ou à 30% ainsi que pour les spécialités et préparations homéopathiques. En conséquence, le montant remboursé par la Mutuelle pour ces derniers postes de dépenses dépend de la garantie souscrite, définie au tableau des garanties remis à l'Adhérent.

- l'intégralité du forfait journalier mentionné à l'article L.174-4 du Code de la Sécurité sociale en établissements hospitaliers ou médico-sociaux, sans limitation de durée.

- les frais exposés, en sus des tarifs de responsabilité, pour les soins dentaires prothétiques ou d'orthopédie dentofaciale et pour certains dispositifs médicaux à usage individuel admis au remboursement, notamment les dispositifs d'optique médicale et les aides auditives selon les conditions et dans la limite des plafonds et planchers fixés à l'article R.871-2 du Code de la Sécurité sociale et au tableau des garanties.

La garantie permet à l'Adhérent et le cas échéant à ses ayants droit bénéficiaires de bénéficier du mécanisme de tiers payant sur les prestations liées au remboursement ou à l'indemnisation des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident, au moins à hauteur des tarifs de responsabilité.

Elle peut, selon la formule souscrite, prendre en charge les dépassements d'honoraires pour les médecins n'ayant pas adhéré à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM ou OPTAM-CO) prévu par la convention nationale mentionnée à l'article L.162-5 du Code de la Sécurité sociale, dans les conditions cumulatives suivantes :

- la prise en charge des dépassements d'honoraires des médecins n'ayant pas adhéré à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM ou OPTAM-CO) ne peut excéder 100 % du tarif de responsabilité ;
- la prise en charge des dépassements d'honoraires doit être minorée de 20% du tarif de responsabilité par rapport à la prise en charge des dépassements d'honoraires des médecins qui adhèrent à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM ou OPTAM-CO)

Comment sont versées les prestations? (Article 20)

Les demandes de remboursements doivent, sous peine de déchéance des droits à prestations, être communiquées à la Mutuelle dans un délai maximum de 24 mois suivant :

- la date des soins ;
- la date de paiement des soins en l'absence de prise en charge par la Sécurité sociale.

Elles sont accompagnées notamment :

- des décomptes du régime de Sécurité sociale et/ou d'un autre organisme complémentaire s'il n'y a pas de télétransmission NOEMIE ;
- des factures détaillant les frais engagés, le cas échéant ;
- de la facture subrogatoire des professionnels de santé en cas de tiers payant.

Outre ces documents, la Mutuelle peut en cas de nécessité demander toute pièce complémentaire nécessaire à une demande de remboursement des prestations.

La Mutuelle verse les prestations :

Extrait des Statuts de la MGC en vigueur au 01/01/2024 et du Règlement Mutualiste de la Gamme Labellisée en vigueur au 01/01/2024

- soit à l'Adhérent, soit à ses ayants droit bénéficiaires sous réserve que l'Adhérent ait notifié préalablement cette option à la Mutuelle et produit les coordonnées bancaires correspondantes;
- soit aux établissements de santé, professionnels de santé ou autres prestataires, lorsqu'une convention de tiers payant est signée avec ces derniers.

Sauf usage du tiers payant, les prestations de frais de soins de santé sont versées, dans un délai maximal ne pouvant excéder 30 jours à compter de la réception de l'ensemble des pièces, directement par virement sur le compte bancaire du membre participant ou le cas échéant, aux ayants droit.

Sauf demande contraire du membre participant, les relevés de prestations sont dématérialisés.

Tous les remboursements s'entendent dans la limite des dépenses engagées (Article 18).

Quelles sont les exclusions ? (Article 19)

Conformément à l'article L.871-1 du Code de la Sécurité sociale et aux articles R.871-1 et R.871-2 du Code de la Sécurité sociale définissant les conditions du contrat responsable, ne donnent pas lieu à prise en charge par la Mutuelle :

- la participation forfaitaire et la franchise respectivement mentionnées au II et au III de l'article L.160-13 du Code de la Sécurité sociale;
- la majoration de participation de l'assuré visée à l'article L.162-5-3 du Code de la Sécurité sociale en cas de non respect du parcours de soins coordonnés (absence de désignation d'un médecin traitant, consultation d'un autre médecin sans prescription du médecin traitant) ainsi que des actes et prestations pour lesquels l'assuré n'a pas autorisé l'accès à son dossier médical visé à l'article L.1111-15 du Code de la Santé Publique.
- la prise en charge des dépassements d'honoraires sur le tarif des actes et consultations visés au 18° de l'article L.162.5 du Code de la Sécurité sociale.

Sauf mentions contraires figurant dans les tableaux de garanties, sont également exclus des remboursements accordés par la Mutuelle :

- les frais engagés hors de France, sauf si la Caisse de Sécurité sociale française à laquelle l'Adhérent est affilié prend en charge les frais engagés hors de France;
- les actes hors nomenclature de la Sécurité sociale ou Classification Commune des Actes Médicaux;
- les soins résultant d'une cause non liée directement à une maladie ou un accident et non pris en charge par la Sécurité sociale, tels que les cures de rajeunissements, les traitements esthétiques, la transformation sexuelle, les cures d'amaigrissement ou de désintoxication ainsi que leurs suites;
- les séjours et frais au sein d'établissements médico-sociaux (ex : maison d'accueil spécialisée et les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes) et en tout état de cause, les frais de séjour au titre d'hospitalisation (médecine, chirurgie, convalescence, psychiatrie) non pris en charge par l'assurance maladie obligatoire;
- les hospitalisations classées en long séjour par la Sécurité sociale.

Comment est calculée la cotisation ? (Articles 25.1 et 25.2)

L'Adhérent s'engage au paiement d'une cotisation santé annuelle correspondant au total des cotisations dues par l'ensemble des personnes inscrites au contrat. La cotisation familiale correspond à la somme des cotisations individuelles de chaque bénéficiaire. Le montant de la cotisation de l'Adhérent et, le cas échéant, ses ayants droit tient compte des paramètres suivants :

- de l'âge du membre participant et, le cas échéant, du conjoint/concubin ou cosignataire d'un PACS inscrit au 31 décembre de l'année précédant la date d'effet de l'adhésion ou sa reconduction;
 - du régime d'affiliation à l'assurance maladie obligatoire;
 - de la formule choisie.
- À noter : la cotisation est offerte pour tout nouveau né jusqu'au premier anniversaire de l'enfant et à compter du 3^e enfant.

La cotisation annuelle se compose d'une cotisation Santé et d'une cotisation appelée « la BASE » qui couvre l'abonnement à la revue d'informations de la Mutuelle, la cotisation à MGC Assistance ainsi qu'une cotisation obligatoire au Centre Dentaire Mutualiste Paris 13 (CDM Paris 13).

Le montant des cotisations incluent des frais de gestion, d'acquisition et la taxe de solidarité additionnelle. Tout changement du taux de cette taxe entraîne automatiquement une modification du montant de la cotisation.

Comment évoluent les cotisations ? (Article 25.3)

La cotisation évolue automatiquement chaque 1^{er} janvier en fonction de l'âge atteint par l'Adhérent et le cas échéant de son conjoint, concubin ou cosignataire d'un PACS. Les augmentations figurent ci-après. Chaque année, le montant des cotisations est fixé par l'Assemblée Générale (AG) de la Mutuelle ou sur délégation par le Conseil d'Administration de manière à garantir l'équilibre technique des garanties.

Évolution des cotisations en fonction de l'âge atteint par les bénéficiaires au 1^{er} janvier (Article 26.1)

Selon la formule de garantie souscrite, le palier d'augmentation lié à l'âge s'opère comme suit :

	Essentiel Eco Labellisée	Essentiel Labellisée	Essentiel + Labellisée
Affiliés du régime général.	Entre +0,0% et +9,6% / an de 26 à 74 ans	Entre +0,0%/ an et +7,3% / an de 26 à 74 ans	Entre +0,0% / an et +5,6%/ an de 26 à 74 ans
Cheminots actifs affiliés CPR de la SNCF.	Entre +0,0% et +6,3% / an de 26 à 66 ans	Entre +0,0%/ an et +6,4% / an de 26 à 66 ans	Entre +0,0% / an et +5,6%/ an de 26 à 66 ans
Cheminots retraités et ayants droit cheminots affiliés à la CPR de la SNCF	Entre +0,0% et +11,9% / an de 26 à 74 ans	Entre +0,0%/ an et +7,3% / an de 26 à 74 ans	Entre +0,0% / an et +6,1% / an de 26 à 73 ans
Affiliés du Régime Alsace Moselle.	Entre +0,0% et +5,3% / an de 26 à 75 ans	Entre +0,0%/ an et +5,1% / an de 26 à 75 ans	Entre +0,0% / an et +6,1% / an de 26 à 75 ans

	Confort Labellisée	Confort + Labellisée	Confort Extra Labellisée	Sérénité Labellisée
Affiliés du régime général.	Entre +0,0%/an et +4,8%/ an de 26 à 75 ans	Entre +0,0%/an et +5,7%/ an de 26 à 74 ans	Entre +0,0%/an et +4,1%/ an de 26 à 75 ans	Entre +0,0%/an et +4,9%/ an de 26 à 74 ans
Cheminots actifs affiliés CPR de la SNCF.	Entre +0,0%/an et +4,8%/ an de 26 à 66 ans	Entre +0,0%/an et +5,7%/ an de 26 à 67 ans	Entre +0,0%/an et +4,9%/ an de 26 à 66 ans	Entre +0,0%/an et +4,9% / an de 26 à 66 ans
Cheminots retraités et ayants droit cheminots affiliés à la CPR de la SNCF	Entre +0,0%/an et +4,7%/ an de 26 à 75 ans	Entre +0,0%/an et +5,7%/ an de 26 à 74 ans	Entre +0,0%/an et 5%/an de 26 à 74 ans	Entre +0,0%/an et +4,9%/ an de 26 à 75 ans
Affiliés du Régime Alsace Moselle. De 26 à 75 ans	Entre 0,00%/an et +5,5%/ an de 26 à 75 ans	Entre +0,0%/an et + 5,5%/ an de 26 à 74 ans	Entre +0,0%/an et +5,4%/ an de 26 à 75 ans	Entre +0,0%/an et +4,9%/ an de 26 à 75 ans

Ces augmentations sont effectives au 1^{er} janvier de chaque année, indépendamment d'une éventuelle augmentation annuelle générale votée par l'Assemblée générale.

Majoration de cotisation pour adhésion tardive (Article 26.2)

Conformément à l'article 28 du décret n°2011-1474 du 8 novembre 2011 relatif à la participation des collectivités territoriales et de leurs établissements publics au financement de la protection sociale complémentaire de leurs agents, la cotisation est majorée d'un coefficient lorsque l'adhésion de l'agent :

- est postérieure de deux ans à son entrée dans la fonction publique;
- intervient, pour les agents déjà en fonction à la date de publication du décret précité, plus de deux ans après cette date.

Ce coefficient, calculé selon les modalités fixées par arrêté du 8 novembre 2011 relatif aux majorations de cotisations, tient compte de l'âge du bénéficiaire, de son ancienneté dans la fonction publique et de sa durée de cotisation à un dispositif solidaire bénéficiant de la participation des collectivités territoriales et de leurs établissements publics.

Pour toute année non cotisée à une garantie de référence telle que mentionnée à l'article 4 de l'arrêté du 8 novembre 2011, la Mutuelle calcule une majoration égale à 2 % par année.

Comment est prélevée la cotisation ? (Article 27)

La cotisation est payable d'avance annuellement par chèque bancaire ou mensuellement par prélèvement bancaire sur le compte bancaire de l'Adhérent, en vertu d'un mandat de prélèvement SEPA dûment signé, conformément à l'échéancier de cotisations. En cas de participation de la collectivité territoriale ou de l'établissement public au financement de la cotisation afférente à la garantie frais de santé labellisée souscrite par l'Adhérent, cette somme peut être versée soit directement à l'agent, soit à la Mutuelle. Dans le cas où la participation est versée directement à la Mutuelle, cette dernière la

Extrait des Statuts de la MGC en vigueur au 01/01/2024 et du Règlement Mutualiste de la Gamme Labellisée en vigueur au 01/01/2024

répercuté intégralement en déduction de la cotisation due par l'Adhérent.

Que se passe-t-il en cas de non paiement de la cotisation? (Article 28)

En cas de non paiement d'une cotisation ou d'une fraction de cotisation due dans les dix jours de son échéance, la Mutuelle adresse à l'Adhérent, par lettre recommandée une mise en demeure, conformément à l'article L.221-7 du Code de la Mutualité.

La suspension des droits intervient au terme d'un délai de trente jours suivant l'envoi de la lettre de mise en demeure restée sans effet. Cette mise en demeure précise qu'en l'absence de régularisation dans le délai de dix jours après l'expiration du délai de trente jours ci-dessus, la résiliation des garanties peut intervenir à tout moment.

Réclamation, médiation et démarchage téléphonique (Article 12)

Une réclamation se définit comme l'expression d'un mécontentement envers la Mutuelle quel que soit l'interlocuteur ou le service auprès duquel elle est formulée. Elle peut émaner de toute personne, y compris en l'absence de relation contractualisée avec le professionnel : membres participants, anciens adhérents, bénéficiaires, personnes ayant sollicité de la Mutuelle la fourniture d'un produit ou service ou qui ont été sollicitées par la Mutuelle, y compris ses mandataires et leurs ayants droit. Une demande de service ou de prestation, d'information ou d'avis n'est pas une réclamation.

Toute réclamation entrant dans le champ de la définition ci-dessus est à adresser au Service Réclamation prévu à cet effet.

Les réclamations peuvent lui être adressées comme suit :

Par voie postale, à l'adresse suivante :

MGC – Service réclamations – TSA 91347 – 75621 PARIS CEDEX 13.

Par le site internet de la Mutuelle en se connectant sur l'espace adhérent sécurisé,

Via l'onglet contact du site internet de la Mutuelle. Après épuisement des voies de recours au sein de la Mutuelle, vous pouvez saisir le Médiateur de la Mutualité Française :

soit à l'adresse suivante : MONSIEUR LE MEDIEATEUR DE LA MUTUALITE FRANÇAISE, FNMF 255 RUE DE VAUGIRARD 75719 PARIS CEDEX ;

soit directement par le dépôt d'une demande en ligne sur le site internet du Médiateur : <https://www.mediateur-mutualite.fr>.

En tout état de cause, vous pouvez également, deux mois après l'envoi de votre réclamation (quel que soit l'interlocuteur ou le service auprès duquel elle a été formulée et qu'il y ait été ou non répondu), saisir le médiateur.

Le Membre Participant qui ne souhaite pas faire l'objet de prospection commerciale par voie téléphonique peut s'inscrire gratuitement et à tout moment sur

la liste d'opposition au démarchage téléphonique dénommée « BLOCTEL » :

- par voie électronique sur le site www.bloctel.gouv.fr;
- ou par voie postale à l'adresse de la société désignée par le ministère chargé de l'économie pour la gérer, WORLDLINE, Service Bloctel – CS 61311 – 41013 Blois Cedex.

Que fait la Mutuelle de vos Données à Caractère Personnel? (Article 11)

Vos Données à Caractère Personnel ainsi que celles de vos ayants droit bénéficiaires recueillies par la Mutuelle, ci-après les « DCP », font l'objet de traitements automatisés nécessaires aux finalités poursuivies par la Mutuelle, en sa qualité de Responsable de traitement. Ces données sont destinées à la Mutuelle et peuvent être transmises à ses partenaires (assureurs, co-assureurs, réassureurs, courtiers, organismes de sécurité sociale obligatoire, délégataires de gestion, sous-traitants, prestataires informatiques ou de services y compris tiers de confiance), ainsi qu'aux présidents de ses comités locaux, en vue de réaliser toute opération répondant aux finalités du traitement. La Mutuelle conserve vos DCP pour la durée nécessaire à la réalisation des finalités pour lesquelles elles ont été collectées et ce conformément aux prescriptions légales.

Conformément à la réglementation relative à la protection des données personnelles, vous disposez, ainsi que vos ayants droits :

- d'un droit d'accès, de rectification, d'effacement et de portabilité des données vous concernant ;
- d'un droit d'opposition et à la limitation du traitement ;
- du droit de définir des directives relatives à la conservation, à l'effacement et à la communication de vos DCP après votre décès.

Pour exercer l'un des droits susvisés, l'Adhérent ou l'ayant droit bénéficiaire adresse une lettre simple à la mutuelle MGC à l'attention de Direction Juridique et Conformité, 2 - 4 Place de l'Abbé Georges Hénoque 75637 PARIS Cedex 13 ou par mail à l'adresse suivante : service.dpo@m-g-c.com.

En cas de doute raisonnable sur l'identité du demandeur, un justificatif d'identité pourra le cas échéant être demandé par la MGC.

En cas de réclamation sur la gestion de vos données personnelles, vous avez également la possibilité de contacter la CNIL, 3 place de Fontenoy – TSA 80715 – 75334 PARIS CEDEX 07. Pour avoir plus de précisions sur les finalités de traitement, les bases juridiques sur lesquelles reposent nos traitements, nous vous invitons à consulter le règlement mutualiste ou la politique de protection des données de la mutuelle MGC en vous rendant sur le site de la mutuelle MGC ou l'obtenir sur demande.

Extrait de la notice d'information du produit d'assistance

ADHÉRENTS INDIVIDUELS – 30 HEURES – N°3785

Ce document est un extrait de la notice d'information du produit d'assistance «Adhérents Individuels – 30 heures – N°3785». Ce document est une présentation synthétique des principales caractéristiques de ce produit d'assistance. Il ne saurait déroger à la notice d'information «Adhérents Individuels – 30 heures – N°3785», qui, seule, a valeur contractuelle.

Qui sont les Bénéficiaires ?

Tout adhérent de la Mutuelle MGC bénéficiant d'un contrat frais de santé Individuel ou de la garantie «Base» seule c'est-à-dire sans contrat santé, à jour de ses cotisations ainsi que :

- son conjoint de droit ou de fait,
- leurs enfants et petits-enfants fiscalement à charge,
- leurs enfants handicapés sans limite d'âge,
- leurs ascendants fiscalement à charge et résidant sous le même toit.

Quelle est la couverture géographique ?

- Pour toutes les garanties hors garanties d'assistance aux personnes en déplacement : La France,
- Pour les garanties d'assistance aux personnes en déplacement : selon le cas, la France ou le monde entier.

Quelle est la durée de couverture ?

Les garanties d'assistance sont acquises :

- Pour toutes les garanties hors garanties d'assistance aux personnes en déplacement : pendant la durée de validité de l'adhésion à la Mutuelle MGC.
- Pour les garanties d'assistance aux personnes en déplacement : pendant la durée de validité de l'adhésion à la Mutuelle MGC mais uniquement pendant les 90 premiers jours du déplacement.

Quels sont les principaux événements générateurs ?

- Maladie ou accident corporel entraînant une hospitalisation ou une immobilisation au domicile
Par maladie, on entend toute altération de votre santé, consécutive ou non à une situation préexistante, constatée par une autorité médicale compétente
- Maladie ou accident lors d'un déplacement en France ou à l'Etranger
- Décès
- Maternité
- Traitement médical de longue durée (radiothérapie, chimiothérapie, trithérapie, quadrithérapie)
- Evènement traumatisant
- Début du statut d'Aidant ou aggravation de la perte d'autonomie de l'Aidé
- Perte d'autonomie

Quelles sont les principales garanties ?

Aide-Ménagère : 30 heures réparties sur 30 jours

En cas d'hospitalisation de plus de 24h (programmée ou non) ou d'immobilisation de plus de 5 jours

En cas de séjour à la maternité de plus de 8 jours

En cas de décès du Bénéficiaire ou de son conjoint

Garde des enfants de moins de 16 ans : 30 heures réparties sur 30 jours ou Titre de transport A/R en train 1^{re} classe ou avion classe économique

En cas d'hospitalisation de plus de 24h (programmée ou non) ou d'immobilisation de plus de 5 jours

En cas d'hospitalisation de plus de 24h ou d'immobilisation de plus de 48h d'un enfant

En cas de séjour à la maternité de plus de 8 jours

En cas de décès du Bénéficiaire ou de son conjoint

Garde des ascendants dépendants : 30 heures réparties sur 30 jours ou Titre de transport A/R en train 1^{re} classe ou avion classe économique

En cas d'hospitalisation de plus de 24h (programmée ou non) ou d'immobilisation de plus de 5 jours

En cas de décès du Bénéficiaire ou de son conjoint

Accompagnement psychologique : 1 à 5 entretiens téléphoniques + 1 à 3 entretiens en face à face si besoin

En cas d'évènement traumatisant

En cas de décès d'un membre de la famille bénéficiaire

En cas d'aggravation de la perte d'autonomie de l'Aidé

Soutien scolaire : 30 heures

En cas d'immobilisation de plus de 14 jours d'un enfant

Service d'information

Informations pratiques et juridiques en toutes circonstances

Service Infos Parents pendant la grossesse et après l'accouchement

Accompagnement médico-social en cas d'évènement traumatisant

Assistance aux démarches administratives pour l'organisation d'obsèques d'un membre de la famille

Informations pratiques avant le départ en voyage

Conseils médicaux et diététiques pour l'Aidant
Informations dépendance en cas de perte d'autonomie

Rapatriement médical lors d'un déplacement en France

Rapatriement de corps lors d'un déplacement en France et à l'étranger

Quelles sont les principales exclusions ?

- Les frais engagés sans l'accord du service Assistance,
- Le suicide ou la tentative de suicide et ses conséquences,
- La pratique de tout sport à titre professionnel,
- L'usage de stupéfiants ou drogues non prescrits médicalement,
- L'usage de médicaments ou de toute substance hors prescription médicale, et ses conséquences,
- L'abus d'alcool et ses conséquences,
- Les dommages résultant d'une faute intentionnelle ou dolosive de votre part conformément à l'art. L.113-1 du Code des Assurances,
- Une aggravation due à un traitement tardif liée à une négligence du bénéficiaire ou à l'inobservation intentionnelle par celui-ci des prescriptions du médecin,
- Les séjours de cure ou postcure de toute nature (désintoxication, psychanalyse, psychothérapie, rajeunissement, diététique, esthétique...) autres que les cures thermales médicalement prescrites,
- Les séjours en maison de repos ou de convalescence, de retraite, services de gérontologie et de gériatrie ou hospices,

Lors d'un déplacement :

- Les voyages entrepris dans un but de diagnostic ou de traitement,
- Les affections ou lésions bénignes qui peuvent être traitées sur place ou qui n'empêchent pas de poursuivre votre voyage,
- Les maladies antérieurement constituées ayant fait l'objet d'une hospitalisation dans les 6 mois précédant la date de départ en voyage,
- Les rééducations, kinésithérapies, chiropraxies et les frais y découlant.

