

Votre offre santé MGC

Gamme Labellisée
Essentiel, Confort, Sérénité
2020





Éligible à la participation de votre employeur !







mutuelleMGC.fr

Nous n'avons pas tous les mêmes besoins en couverture santé. Ils évoluent en fonction de notre âge, de notre situation personnelle et familiale et en fonction de notre budget. Parmi les 6 formules de la MGC, il y a forcément une solution faite pour moi !

Gamme solo/duo

	Essentiel Labellisée	Essentiel Plus Labellisée	Sérénité Labellisée
 Soins courants	● ● ○ ○ ○ ○	● ● ● ○ ○ ○	● ● ● ● ○ ○
 Hospitalisation	● ○ ○ ○ ○ ○	● ● ● ○ ○ ○	● ● ● ● ○ ○
 Optique	● ○ ○ ○ ○ ○	● ● ● ○ ○ ○	● ● ○ ○ ○ ○
 Dentaire	● ○ ○ ○ ○ ○	● ● ○ ○ ○ ○	● ● ○ ○ ○ ○
	Une formule pour être couvert(e) au cas où.	Une formule économique incluant un renfort pour l'optique et le dentaire.	Une formule à tarif modéré pour couvrir tous les soins qui coûtent cher (prothèses dentaires, verres progressifs, appareillage...) ou en cas d'hospitalisation.

Gamme famille

	Confort Labellisée	Confort Plus Labellisée	Confort Extra Labellisée
 Soins courants	● ● ● ○ ○ ○	● ● ● ● ○ ○	● ● ● ● ● ●
 Hospitalisation	● ● ● ○ ○ ○	● ● ● ● ○ ○	● ● ● ● ● ●
 Optique	● ● ● ○ ○ ○	● ● ● ● ○ ○	● ● ● ● ● ●
 Dentaire	● ● ● ○ ○ ○	● ● ● ● ○ ○	● ● ● ● ● ●
	Une formule pour être couvert(e) pour tous les types de soins (médecine de ville, hospitalisation, maternité, optique, dentaire, orthodontie...) à prix modéré.	Une formule pour être couvert(e) pour tous les types de soins avec des compléments sur les soins peu remboursés par la Sécu.	Une formule de haut niveau pour tous les types de soins.



SPÉCIFICITÉ

- formules labellisées **éligibles à la participation financière de l'employeur.**
- adhésion **seule** ou **familiale**
- **avantages famille** avec la cotisation offerte pour les nouveau-nés jusqu'à leur 1^{er} anniversaire
- la cotisation offerte pour le 3^e enfant et les suivants



SIMPLICITÉ

- **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 : stage de 2 mois uniquement si vous n'êtes pas déjà couvert par une mutuelle.)
- **Service d'analyse de devis** pour des prises en charge hospitalières, optiques, dentaires...



Garanties applicables au 1^{er} janvier 2020

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 réglementairement définies en optique, dentaire et audiologie entièrement remboursées, donc sans reste à charge pour vous. Cette réforme se déploie par étape depuis le 1^{er} janvier 2019 et sera intégralement entrée en vigueur à compter du 1^{er} janvier 2021.

Dès 2020, 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 Labellisée	Essentiel Plus Labellisée	Sérénité Labellisée	Confort Labellisée	Confort Plus Labellisée	Confort Extra Labellisée
SOINS COURANTS						
Honoraires médicaux :						
Médecins généralistes ayant adhéré à l'OPTAM ⁽¹⁾	100%	100%	100%	100%	100%	145%
Médecins généralistes hors OPTAM ⁽¹⁾	100%	100%	100%	100%	100%	125%
Médecins spécialistes ayant adhéré à l'OPTAM ⁽¹⁾	125%	140%	165%	140%	165%	200%
Médecins spécialistes hors OPTAM ⁽¹⁾	105%	120%	145%	120%	145%	180%
Actes de chirurgie et actes techniques hors hospitalisation dans le cadre de l'OPTAM ⁽¹⁾	100%	100%	100%	100%	120%	130%
Actes de chirurgie et actes techniques hors hospitalisation hors OPTAM ⁽¹⁾	100%	100%	100%	100%	100%	110%
Radiologie dans le cadre de l'OPTAM ⁽¹⁾	100%	100%	100%	100%	120%	130%
Radiologie hors OPTAM ⁽¹⁾	100%	100%	100%	100%	100%	110%
Honoraires paramédicaux :						
Auxiliaires médicaux et paramédicaux	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Analyses et examens de laboratoire :						
Analyses médicales	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Médicaments :						
Médicaments remboursés par l'AMO au taux de 65% et 30%, accessoires et produits diététiques sans gluten remb. au taux de 60% (taux variable en fonction du régime d'affiliation à la Sécurité sociale)	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Matériel médical :						
Petit appareillage remboursé par l'AMO (par année civile) ⁽²⁾	100%	100%	100% + 60€/an**	100% + 80€/an**	100% + 80€/an**	100% + 80€/an**
Grand appareillage remboursé par l'AMO (par année civile) ⁽²⁾	100%	100%	100% + 200€/an**	100% + 280€/an**	100% + 280€/an**	100% + 280€/an**
Prothèses mammaires et capillaires remboursées par l'AMO (par année civile)	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%

	Gamme Essentiel			Gamme Confort		
	Essentiel Labellisée	Essentiel Plus Labellisée	Sérénité Labellisée	Confort Labellisée	Confort Plus Labellisée	Confort Extra Labellisée
HOSPITALISATION - sauf établissements médico-sociaux et unités de soins pour longs séjours						
Frais de séjour :						
Frais de séjour pris en charge par l'AMO	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Honoraires :						
Honoraires en hospitalisation et ambulatoire dans le cadre de l'OPTAM ⁽¹⁾	100%	160%	250%	160%	175%	200%
Honoraires en hospitalisation et ambulatoire hors OPTAM ⁽¹⁾	100%	140%	200%	140%	155%	180%
Participation forfaitaire actes lourds (par acte)	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%
Chambre particulière (délai de stage de 2 mois)⁽³⁾ :						
- en médecine/chirurgie/obstétrique et convalescence (durée illimitée)	-	40€/jour	50€/jour	40€/jour	55€/jour	55€/jour
- en ambulatoire (sans hébergement) (sans limite annuelle)	-	25€/jour	30€/jour	25€/jour	30€/jour	30€/jour
- en psychiatrie (durée limitée à 30 jours/année civile)	-	40€/jour	40€/jour	40€/jour	50€/jour	55€/jour
Autres prestations :						
Frais d'accompagnement (repas et lit) (limité à 21 jours/année civile)	-	15€/jour	15€/jour	15€/jour	15€/jour	15€/jour
CURE THERMALE EN EXTERNAT⁽⁴⁾						
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 (par année civile)	100%*	100%*	100%* + 100€/an**	100%*	100%* + 100€/an**	100%* + 100€/an**
OPTIQUE						
Equipements optiques :						
Participation limitée à un équipement (2 verres et 1 monture) tous les 24 mois, ramenés à 12 mois pour les moins de 16 ans ou en cas d'évolution justifiée de la vue 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. Délai s'appréciant à partir de la date de facturation du dernier équipement ayant donné lieu à une prise en charge par l'AMO.						
Equipement de la gamme OFFRECLAIR chez tous les opticiens-partenaires SANTÉCLAIR (Partenaires accessibles selon implantation du réseau (coordonnées consultables à partir de l'espace adhérent MGC sur mutuellemgc.fr ou en contactant votre conseiller MGC))						
- Monture de la gamme OFFRECLAIR (dans le choix de 80 montures Origine France Garantie)	Prise en charge intégrale					
- Verre de la gamme OFFRECLAIR : verres de marque avec traitement aminci, anti-rayures et anti-reflets (les verres peuvent être associés à une monture de la gamme OFFRECLAIR ou à une monture à prix libre)	Prise en charge intégrale					
Equipement 100% santé :						
- Monture de classe A	Prise en charge intégrale dans la limite des prix limite de vente en vigueur					
- 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)	Prise en charge intégrale dans la limite des prix limite de vente en vigueur					
- Prestation d'adaptation de la correction réalisée par l'opticien	Prise en charge intégrale dans la limite des prix limite de vente en vigueur					
- Prestation d'appairage réalisée par l'opticien	Prise en charge intégrale dans la limite des prix limite de vente en vigueur					
- Supplément pour verres avec filtre	Prise en charge intégrale dans la limite des prix limite de vente en vigueur					
Equipement entrant dans le cadre du panier de soins « libre » (classe B, à prix libres) :						
- Monture de classe B	100%	100% + 60€	100% + 60€	100% + 60€	100% + 70€	100% + 80€
- Verre simple de classe B (par verre) ⁽⁵⁾	100%	100% + 45€	100% + 35€	100% + 45€	100% + 70€	100% + 85€
- Verre complexe de classe B (par verre) ⁽⁵⁾	100%	100% + 80€	100% + 85€	100% + 80€	100% + 100€	100% + 110€

	Gamme Essentiel			Gamme Confort		
	Essentiel Labellisée	Essentiel Plus Labellisée	Sérénité Labellisée	Confort Labellisée	Confort Plus Labellisée	Confort Extra Labellisée
- Verre très complexe de classe B (par verre) ⁽⁵⁾	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%
- Supplément pour verres avec filtre	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Autres prestations :						
Lentilles (remboursées ou non par l'AMO) et produits de nettoyage (par année civile) ⁽⁶⁾	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**
DENTAIRE						
Soins :						
Soins dentaires, inlays onlays	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Soins et prothèses dentaires 100% santé :						
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 dentaires :						
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) ⁽⁷⁾ . 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.	-	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% + 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% + 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% + 360€	100% + 360€	100% + 480€	100% + 660€	100% + 810€
- bridge (inter de bridge et piliers) sur dents non visibles (molaires) (par bridge)	100%	100% + 240€	100% + 240€	100% + 360€	100% + 540€	100% + 660€
- inlay core (pivot ou faux moignon) (par dent)	100%	100% + 40€	100% + 40€	100% + 50€	100% + 70€	100% + 90€
- prothèses amovibles (forfait limité à 2 par année civile) (par prothèse)	100%	100%	100% + 220€	100% + 150€	100% + 200€	100% + 250€
- autres prothèses remboursées par l'AMO	100%	100%	250%	100%	100%	275%
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% + 500€/an**	100% + 760€/an**	100% + 960€/an**
Implant (implant, pilier), parodontologie remboursés ou non par l'AMO (par année civile)	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%* + 30€	100%* + 30€	100%* + 30€	100%* + 30€	100%* + 30€	100%* + 30€

	Gamme Essentiel			Gamme Confort		
	Essentiel Labellisée	Essentiel Plus Labellisée	Sérénité Labellisée	Confort Labellisée	Confort Plus Labellisée	Confort Extra Labellisée
AIDE AUDITIVE						
Prothèses auditives remboursées par l'AMO (par appareil et par année civile)	100%	100%	100% + 450€/an**	100% + 200€/an**	100% + 250€/an**	100% + 350€/an**
Frais d'entretien des prothèses auditives remboursés par l'AMO (piles...) (par appareil, une fois par année civile)	100%	100%	100% + 30€/an**	100% + 30€/an**	100% + 30€/an**	100% + 30€/an**
PRÉVENTION ET MÉDECINES ALTERNATIVES						
Automédication en pharmacie ⁽⁸⁾ (sur facture et par année civile)		60€/an**	60€/an**	60€/an**	60€/an**	60€/an**
Praticiens santé non remboursés par l'AMO : consultation ostéopathie, étioopathie, chiropratique, acupuncture, homéopathie, pédicure-podologie, psychomotricité	forfait global de 30€/an**	40€/séance (3 séances/an**)	40€/séance (3 séances/an**)	40€/séance (3 séances/an**)	40€/séance (3 séances/an**)	40€/séance (3 séances/an**)
Contraceptifs non remboursés par l'AMO : pilule, anneau vaginal, préservatif, spermicides, implant, patch (sur facture de pharmacie et par année civile)	60€/an**	60€/an**	60€/an**	60€/an**	60€/an**	60€/an**
Vaccin anti-grippe	frais réels	frais réels	frais réels	frais réels	frais réels	frais réels
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 (par année civile)	100%*	100%*	100%* + 45€/an**	100%*	100%* + 45€/an**	100%* + 45€/an**
Consultation diététicien (par séance, limitée à 3 séances par année civile)	-	-	20€/séance	20€/séance	20€/séance	20€/séance
Produits de sevrage tabagique (par année civile)	50€/an**	50€/an**	50€/an**	50€/an**	50€/an**	50€/an**
SOINS EFFECTUÉS À L'ÉTRANGER						
Dépenses médicales effectuées à l'étranger et remboursées par l'AMO	100%	100%	100%	100%	100%	100%
ALLOCATIONS						
Mariage (sous conditions)	100€	100€	100€	100€	100€	100€
Naissance ou adoption (sous conditions) (par enfant)	200€	200€	200€	200€	200€	200€
SERVICES						
Assistance (cf. notice d'information dédiée)	oui	oui	oui	oui	oui	oui
Services et réseaux de professionnels de santé Santéclair	oui	oui	oui	oui	oui	oui
Club Avantages (réductions sur cinéma, billetterie, loisirs...)	oui	oui	oui	oui	oui	oui

* si remboursé par l'AMO - **correspond à l'année civile

Conditions de remboursement MGC

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 MGC ne vous rembourse pas les franchises médicales et la participation forfaitaire de 1€ sur les consultations.
> La MGC ne rembourse pas les soins et les actes médicaux dont le fait générateur (date de la prescription, 1^{er}

jour d'hospitalisation...) intervient avant la date d'effet de l'adhésion.

> La 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 ».

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- Liste des petits appareillages :

- Bandages herniaires
- Orthèses plantaires
- Coques talonnières
- Orthèses élastiques de contention des membres : bas à varices, bas à jarret, cuissards, genouillères, chaussettes, chevillères, manchon, bas cuisse, bonnet couvre-moignon pour amputation fémorale ou tibiale
- Ceinture médico-chirurgicale
- Corsets orthopédiques en tissu armé
- Colliers cervicaux
- Appareils divers de correction orthopédique
- Chaussures de série non thérapeutiques destinées à recevoir des appareils de marche
- Vêtements compressifs sur mesure pour grands brûlés
- Déambulateurs
- Chaises percées
- Cannes anglaises
- Liste des Grands appareillages :
- Prothèses oculaires et faciales
- Véhicules pour handicapés

3- En cas d'hospitalisation de l'adhérent ou de son ayant droit bénéficiaire, la 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 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.

4- Les cures thermales en hospitalisation, non médicalement justifiées, ne donnent pas lieu à versement de prestations par la MGC.

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

6- 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 MGC au titre des lentilles remboursées par l'AMO.

7- A 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 ».

8- Liste automédication en date du 21/08/2019, 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 **bleu** correspondent au principe actif du médicament (= générique). Les noms suivis d'un astérisque * sont des médicaments contenant de l'ibuprofène ou du kétoprofène - **à ne pas utiliser en cas de fièvre ou d'infection.**

• **Rhume :** Physidose, Physiomer

• **Rhinite allergique :** Actifed allergie cétirizine, Alairgix allergie cétirizine, Alairgix rhinite allergique cromoglicatate de sodium 2, **Cétirizine**, Cromorhinol, Dimegan, Doli'allergie loratadine, Drill allergie cétirizine, Humex allergie cétirizine, Humex allergie loratadine, Humex rhume des foies à la béclométhasone, **Loratadine**, Polaramine, Zyrtecset

• **Antalgique :** Advil*, Advicaps*, Advilmed*, Algodol, Algodol caféine, Alka seltzer, Antarène*, Antigrippine à l'aspirine, Asepica, **Aspirine**, Aspro, Aspro caféine, Asproflash, Céfaline, Claradol, Claradol caféine, Dafalgan, Dolidon, Doliprane, Dolipranecaps, Dolipraneliquiz, Dolipraneorodoz, Dolipranetabs, Dolko, Efferalgan, Efferalganmed, Geluprane, Hemagene tailleur*, Ibupradol*, **Ibuprofène***, Intralgis*, Metaspirine, Nurofen*, Nurofencaps*, Nurofenfem*, Nurofenflash*, Nurofenpro*, Nurofentabs*, Panadol, **Paracétamol**, Paralyoc, Spedifen*, Spifen*, Toprec*, Upfen*

• **Anxiété, troubles sommeil, dépression légère :** Anxemil, Arkogélules aubépine, Arkogélules eschscholtzia, Arkogélules houblon, Arkogélules passiflore, Arkogélules valériane, Biocardie, Biomag agrumes, Cardiacalm, Complexe Lehning gelsemium, Composé Boiron passiflora, Donormyl, **Doxylamine**, Elusanes aubépine, Elusanes eschscholtzia, Elusanes natudor, Elusanes passiflore, Elusanes valériane, Euphytose, Granions de lithium, Homéogène 46, Homéonormyl, Lehning L72, Lidene, Noctyl, Oligosol lithium, Omezelis, Passiflorine, Plenesia nervosité, Santane n9, Sédatif PC, Sédopal, Somnidoron, Spasmine, Stressdoron, Sympathyl, Tranquital, Zenalia

• **Troubles digestifs > anti diarrhéiques :** Diaretyl, Diarfix, Diastrolib, Ercestop, Gastrowell lopéramide, Imodiumcaps, Imodiumduo, Imodiumlingual, Imodiumliquicaps, Indiaral, **Lopéramide**, **Racécadotril**, Tiorfast

• **Troubles digestifs > laxatifs :** Casenlax, Duphalac, Eductyl, Forlax, Forlaxlib, **Huile de paraffine**, Importal, **Lactulose**,

Lansoyl, Laxaron, Lubentyl, **Macrogol**, Melaxib, Melaxose, MicroLax macrogol, Movicol, Normacol, Parapsyllium, Psyllia, Psyllium, Restrical, Sorbitol, Spagulax, Transilane, Transipeg, Transipeglib, Transulose

• **Troubles digestifs > ballonnements :** Acticarbine, Arkogélules charbon végétal, Bolinan, Carboactive, Carbolevure, Carbosylane, Carbosymag, Charbon de Belloc, Dolospasmyl, Formocarbine, Météospasmyl, Météoxane, Pepsane, **Phloroglucinol**, Polysilane, Rennie déflatine, Siilgaz, Spasfon lycoc, Spasfon, Spasmocalm

• **Troubles digestifs > troubles dyspeptiques (digestion difficile) :** Acticarbine, Arginine, Arkogélules artichaut, Arkogélules fumeterre, Bi citrol, Canol, Carbolevure, Caromithe, Chophytol 20 pour cent, **Citrate de bétaine**, Composé Boiron chelidonium, Composé Boiron nux vomica, Digidryl, Elusanes artichaut, Elusanes boldo, Elusanes fumeterre, Formocarbine, Gastrocynésine, Homéodigéo, Homéorégul, Lehning L114, Oddibil, Oxyboldine, Pancrelase, Solution stago diluée, Sorbitol, Vibtil

• **Troubles digestifs > brûlure estomac :** **Alginate de sodium / bicarbonate de sodium**, Carbosymag, Gastropax, Gastropulgitte, Gaviscon, Gavisconell, Gavisconpro, Gelox, Inipepsia, Ipraalox, Maalox, Marga, Mopralpro, Moxdyar, Neutroses, **Oméprazole**, Pantoloc control, **Pantoprazole**, Phosphalugel, Rennie, Rennieliqou, Xolaam

• **Panier petite enfance :** Serum physiologique quelle que soit la marque, Mouche bébé quelle que soit la marque, Erythème fessier du nourrisson (ABCderm, babygella, éosine, Primalba, Weleda calendula)

• **Test grossesse :** Actavis test, Alvita test de grossesse, Ageti test de grossesse, Arrow test, Clearblue grossesse, Elle test, Exacto test, G test, My test grossesse, Pharmea test de grossesse, Polidis test grossesse, Predictor test, Surestest

• **Test ovulation :** Alvita test d'ovulation, Clearblue ovulation, Easy test, Exacto ovulation, My test ovulation, Pharmea test ovulation, Polidis test ovulation

• **Dépistage infection urinaire :** Uritest

• **Autotensiomètre au poignet ou bras :** Cooper, Harymann, Magnien, Marque verte, Nais, Omrom, Orgalys, Pharmea, Tensoval, Thuasme

Quelques exemples de remboursement

Bien comprendre le tableau des garanties est essentiel. Pour vous aider, vous disposez ici de plusieurs exemples de remboursement, en vigueur au 01/01/2020.

Dans le cas d'un remboursement exprimé en %, gardez toujours en tête que le remboursement ne se calcule pas selon le prix pratiqué par le professionnel de santé, mais selon un tarif donné par la l'Assurance Maladie Obligatoire (Sécu.) : la base de remboursement (BR). Les % indiqués sur le tableau de garanties correspondent au remboursement Assurance Maladie Obligatoire (AMO) et de la MGC. Les remboursements MGC se limitent à la dépense engagée. Par exemple, si le coût d'une chambre particulière est de 60 €, le remboursement 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 MGC dans le respect du parcours de soins. Ils sont calculés en fonction des tarifs de l'AMO en vigueur au 01/01/2020.

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 Essentiel			Gamme Confort		
	ESSENTIEL Labellisée	ESSENTIEL PLUS Labellisée	SÉRÉNITÉ Labellisée	CONFORT Labellisée	CONFORT PLUS Labellisée	CONFORT EXTRA Labellisée
SOINS COURANTS						
CONSULTATION D'UN MÉDECIN TRAITANT GÉNÉRALISTE SANS DÉPASSEMENT D'HONORAIRES						
DÉPENSE (TARIF CONVENTIONNEL)	25,00 €	25,00 €	25,00 €	25,00 €	25,00 €	25,00 €
Remboursement AMO (régime général)	16,50 €	16,50 €	16,50 €	16,50 €	16,50 €	16,50 €
Remboursement MGC	7,50 €	7,50 €	7,50 €	7,50 €	7,50 €	7,50 €
Reste à charge (RAC)	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>						
CONSULTATION D'UN MÉDECIN SPÉCIALISTE EN GYNÉCOLOGIE SANS DÉPASSEMENT D'HONORAIRES						
DÉPENSE (TARIF CONVENTIONNEL)	30,00 €	30,00 €	30,00 €	30,00 €	30,00 €	30,00 €
Remboursement AMO (régime général)	20,00 €	20,00 €	20,00 €	20,00 €	20,00 €	20,00 €
Remboursement MGC	9,00 €	9,00 €	9,00 €	9,00 €	9,00 €	9,00 €
Reste à charge (RAC)	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>						
CONSULTATION D'UN MÉDECIN SPÉCIALISTE EN GYNÉCOLOGIE AVEC DÉPASSEMENT D'HONORAIRES MAÎTRISÉS (ADHÉRENT À UN DPTAM : L'OPTAM OU L'OPTAM-CO)						
DÉPENSE (PRIX MOYEN NATIONAL DE L'ACTE)	44,00 €	44,00 €	44,00 €	44,00 €	44,00 €	44,00 €
Remboursement AMO (régime général)	20,00 €	20,00 €	20,00 €	20,00 €	20,00 €	20,00 €
Remboursement MGC	16,50 €	21,00 €	23,00 €	21,00 €	23,00 €	23,00 €
Reste à charge (RAC)	7,50 €	3,00 €	1,00 €	3,00 €	1,00 €	1,00 €
<i>Précisions : Le RAC comprend la participation forfaitaire de 1€ laissée à votre charge par l'AMO.</i>						
CONSULTATION D'UN MÉDECIN SPÉCIALISTE EN GYNÉCOLOGIE AVEC DÉPASSEMENT D'HONORAIRES LIBRES (NON ADHÉRENT À UN DPTAM : L'OPTAM OU L'OPTAM-CO)						
DÉPENSE (PRIX MOYEN NATIONAL DE L'ACTE)	56,00 €	56,00 €	56,00 €	56,00 €	56,00 €	56,00 €
Remboursement AMO (régime général)	15,10 €	15,10 €	15,10 €	15,10 €	15,10 €	15,10 €
Remboursement MGC	8,05 €	11,50 €	17,25 €	11,50 €	17,25 €	25,30 €
Reste à charge (RAC)	32,85 €	29,40 €	23,65 €	29,40 €	23,65 €	15,60 €
<i>Précisions : Le RAC comprend la participation forfaitaire de 1€ laissée à votre charge par l'AMO.</i>						

	Gamme Essentiel			Gamme Confort		
	ESSENTIEL Labellisée	ESSENTIEL PLUS Labellisée	SÉRÉNITÉ Labellisée	CONFORT Labellisée	CONFORT PLUS Labellisée	CONFORT EXTRA Labellisée
TROIS BOITES 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 €
Remboursement AMO (régime général)	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 €
Reste à charge (RAC)	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						
FORFAIT JOURNALIER HOSPITALIER EN COURT SÉJOUR						
DÉPENSE (TARIF RÉGLEMENTAIRE)	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 €
Remboursement MGC	20,00 €	20,00 €	20,00 €	20,00 €	20,00 €	20,00 €
Reste à charge (RAC)	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
HONORAIRES DU CHIRURGIEN AVEC DÉPASSEMENT D'HONORAIRES MAÎTRISÉS (ADHÉRENT À UN DPTAM : L'OPTAM OU L'OPTAM-CO) POUR UNE OPÉRATION CHIRURGICALE DE LA CATARACTE						
DÉPENSE (PRIX MOYEN NATIONAL DE L'ACTE)	355,00 €	355,00 €	355,00 €	355,00 €	355,00 €	355,00 €
Remboursement AMO (régime général)	247,70 €	247,70 €	247,70 €	247,70 €	247,70 €	247,70 €
Remboursement MGC	24,00 €	107,30 €	107,30 €	107,30 €	107,30 €	107,30 €
Reste à charge (RAC)	83,30 €	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.

HONORAIRES DU CHIRURGIEN AVEC DÉPASSEMENT D'HONORAIRES LIBRES (NON ADHÉRENT À UN DPTAM : L'OPTAM OU L'OPTAM-CO) POUR UNE OPÉRATION CHIRURGICALE DE LA CATARACTE						
DÉPENSE (PRIX MOYEN NATIONAL DE L'ACTE)	431,00 €	431,00 €	431,00 €	431,00 €	431,00 €	431,00 €
Remboursement AMO (régime général)	247,70 €	247,70 €	247,70 €	247,70 €	247,70 €	247,70 €
Remboursement MGC	24,00 €	132,68 €	183,30 €	132,68 €	173,44 €	183,30 €
Reste à charge (RAC)	159,30 €	50,62 €	0,00 €	50,62 €	9,87 €	0,00 €

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

CHAMBRE PARTICULIÈRE EN CHIRURGIE POUR 1 NUIT						
DÉPENSE (PRIX MOYEN EN HÔPITAL PUBLIC)	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 €
Remboursement MGC	0,00 €	40,00 €	50,00 €	40,00 €	55,00 €	55,00 €
Reste à charge (RAC)	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 est couvert par des garanties équivalentes à la date d'adhésion.

OPTIQUE						
EQUIPEMENT OPTIQUE DE CLASSE A (MONTURE + VERRES) DE VERRES UNIFOCAUX (ÉQUIPEMENT 100% SANTÉ)						
DÉPENSE (PRIX LIMITE DE VENTE)	95,00 €	95,00 €	95,00 €	95,00 €	95,00 €	95,00 €
Remboursement AMO (régime général)	17,10 €	17,10 €	17,10 €	17,10 €	17,10 €	17,10 €
Remboursement MGC	77,90 €	77,90 €	77,90 €	77,90 €	77,90 €	77,90 €
Reste à charge (RAC)	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
EQUIPEMENT OPTIQUE DE CLASSE B (MONTURE + VERRES) DE VERRES UNIFOCAUX						
DÉPENSE (PRIX MOYEN NATIONAL DE L'ACTE)	345,00 €	345,00 €	345,00 €	345,00 €	345,00 €	345,00 €
Remboursement AMO (régime général)	0,09 €	0,09 €	0,09 €	0,09 €	0,09 €	0,09 €
Remboursement MGC	0,06 €	150,06 €	130,06 €	150,06 €	210,06 €	250,06 €
Reste à charge (RAC)	344,85 €	194,85 €	214,85 €	194,85 €	134,85 €	94,85 €

Suite du tableau page suivante >

	Gamme Essentiel			Gamme Confort		
	ESSENTIEL Labellisée	ESSENTIEL PLUS Labellisée	SÉRÉNITÉ Labellisée	CONFORT Labellisée	CONFORT PLUS Labellisée	CONFORT EXTRA Labellisée
EQUIPEMENT OPTIQUE DE CLASSE A DE VERRES MULTIFOCAUX COMPLEXES DE LA GAMME OFFRECLAIR PROPOSÉE PAR TOUS LES OPTICIENS DU RÉSEAU SANTÉCLAIR ACCESSIBLES AUX ADHÉRENTS DES MUTUELLES AFFILIÉES À SANTÉCLAIR (MONTURE ORIGINE FRANCE GARANTIE (CHOIX DE 80 MONTURES) + VERRES AMINCIS, ANTI-REFLETS ET ANTI-RAYURES ESSILOR, NIKON, OPTIWISS ET ZEISS)						
DÉPENSE (PRIX LIMITE DE VENTE)	180,00 €	180,00 €	180,00 €	180,00 €	180,00 €	180,00 €
Remboursement AMO (régime général)	32,40 €	32,40 €	32,40 €	32,40 €	32,40 €	32,40 €
Remboursement MGC	147,60 €	147,60 €	147,60 €	147,60 €	147,60 €	147,60 €
Reste à charge (RAC)	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
EQUIPEMENT OPTIQUE DE CLASSE B DE VERRES MULTIFOCAUX COMPLEXES PAR UN OPTICIEN DU RÉSEAU SANTÉCLAIR APPLIQUANT DES TARIFS NÉGOCIÉS AUX ADHÉRENTS DES MUTUELLES AFFILIÉES À SANTÉCLAIR (MONTURE LIBRE DE CHOIX BÉNÉFICIAIRE D'UNE REMISE DE 15% (120 € APRÈS REMISE) + VERRES DE MARQUE ESSILOR, NIKON, OPTIWISS ET ZEISS À 124 € LE VERRE)						
DÉPENSE (PRIX MOYEN NATIONAL DE L'ACTE)	368,00 €	368,00 €	368,00 €	368,00 €	368,00 €	368,00 €
Remboursement AMO (régime général)	0,09 €	0,09 €	0,09 €	0,09 €	0,09 €	0,09 €
Remboursement MGC	0,06 €	220,06 €	230,06 €	220,06 €	270,06 €	300,06 €
Reste à charge (RAC)	367,85 €	147,85 €	137,85 €	147,85 €	97,85 €	67,85 €
LENTILLES NON PRISES EN CHARGE PAR L'ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE VENDUES SUR LENTILLESMOINSCHERES.COM AVEC UN CODE AVANTAGE MGC (FRAIS DE TRANSPORT OFFERTS, TRAITEMENT PRIORITAIRE) LE REMBOURSEMENT DE LA MGC EST UN FORFAIT ANNUEL.						
DÉPENSE (PRIX NÉGOCIÉ DANS LE RÉSEAU SANTÉCLAIR)	75,00 €	75,00 €	75,00 €	75,00 €	75,00 €	75,00 €
Remboursement AMO (régime général)	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Remboursement MGC	0,00 €	70,00 €	0,00 €	70,00 €	75,00 €	75,00 €
Reste à charge (RAC)	75,00 €	5,00 €	75,00 €	5,00 €	0,00 €	0,00 €

DENTAIRE						
DÉTARTRAGE						
DÉPENSE (TARIF CONVENTIONNEL)	28,92 €	28,92 €	28,92 €	28,92 €	28,92 €	28,92 €
Remboursement AMO (régime général)	20,24 €	20,24 €	20,24 €	20,24 €	20,24 €	20,24 €
Remboursement MGC	8,68 €	8,68 €	8,68 €	8,68 €	8,68 €	8,68 €
Reste à charge (RAC)	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
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 €
Remboursement AMO (régime général)	84,00 €	84,00 €	84,00 €	84,00 €	84,00 €	84,00 €
Remboursement MGC	416,00 €	416,00 €	416,00 €	416,00 €	416,00 €	416,00 €
Reste à charge (RAC)	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
COURONNE CÉRAMO-MÉTALLIQUE SUR DEUXIÈMES PRÉMOLAIRES						
DÉPENSE (PRIX MOYEN NATIONAL DE L'ACTE)	538,70 €	538,70 €	538,70 €	538,70 €	538,70 €	538,70 €
Remboursement AMO (régime général)	84,00 €	84,00 €	84,00 €	84,00 €	84,00 €	84,00 €
Remboursement MGC	36,00 €	166,00 €	156,00 €	206,00 €	286,00 €	336,00 €
Reste à charge (RAC)	418,70 €	288,70 €	298,70 €	248,70 €	168,70 €	118,70 €
<i>Précisions : Les prothèses dentaires sont soumises à un plafond de remboursement mentionné dans le tableau des garanties.</i>						
COURONNE CÉRAMO-MÉTALLIQUE SUR MOLAIRES						
DÉPENSE (PRIX MOYEN NATIONAL DE L'ACTE)	538,70 €	538,70 €	538,70 €	538,70 €	538,70 €	538,70 €
Remboursement AMO (régime général)	84,00 €	84,00 €	84,00 €	84,00 €	84,00 €	84,00 €
Remboursement MGC	36,00 €	126,00 €	116,00 €	166,00 €	246,00 €	286,00 €
Reste à charge (RAC)	418,70 €	328,70 €	338,70 €	288,70 €	208,70 €	168,70 €
<i>Précisions : Les prothèses dentaires sont soumises à un plafond de remboursement mentionné dans le tableau des garanties.</i>						

	Gamme Essentiel			Gamme Confort		
	ESSENTIEL Labellisée	ESSENTIEL PLUS Labellisée	SÉRÉNITÉ Labellisée	CONFORT Labellisée	CONFORT PLUS Labellisée	CONFORT EXTRA Labellisée
ORTHODONTIE ENFANT SUR 12 MOIS PAR UN CHIRURGIEN-DENTISTE DU RÉSEAU SANTÉCLAIR APPLIQUANT DES TARIFS NÉGOCIÉS AUX ADHÉRENTS DES MUTUELLES AFFILIÉES À SANTÉCLAIR						
DÉPENSE (PRIX MOYEN NATIONAL DE L'ACTE)	1 180,00 €	1 180,00 €	1 180,00 €	1 180,00 €	1 180,00 €	1 180,00 €
Remboursement AMO (régime général)	387,00 €	387,00 €	387,00 €	387,00 €	387,00 €	387,00 €
Remboursement MGC	0,00 €	0,00 €	0,00 €	500,00 €	760,00 €	793,00 €
Reste à charge (RAC)	793,00 €	793,00 €	793,00 €	293,00 €	33,00 €	0,00 €

IMPLANT DENTAIRE NON PRIS EN CHARGE PAR L'AMO À 1100 € ET COURONNE SUR IMPLANT PRISE EN CHARGE PAR L'AMO À 540 € (PROTHÈSE CÉRAMO-MÉTALLIQUE 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 €
Remboursement AMO (régime général)	75,25 €	75,25 €	75,25 €	75,25 €	75,25 €	75,25 €
Remboursement MGC	32,25 €	262,25 €	352,25 €	402,25 €	582,25 €	732,25 €
Reste à charge (RAC)	1 532,50 €	1 302,50 €	1 212,50 €	1 162,50 €	982,50 €	832,50 €

AIDES AUDITIVES						
AIDE AUDITIVE PAR OREILLE						
DÉPENSE (PRIX MOYEN NATIONAL DE L'ACTE)	1 476,00 €	1 476,00 €	1 476,00 €	1 476,00 €	1 476,00 €	1 476,00 €
Remboursement AMO (régime général)	210,00 €	210,00 €	210,00 €	210,00 €	210,00 €	210,00 €
Remboursement MGC	140,00 €	140,00 €	590,00 €	340,00 €	390,00 €	490,00 €
Reste à charge (RAC)	1 126,00 €	1 126,00 €	676,00 €	926,00 €	876,00 €	776,00 €

PRÉVENTION ET MÉDECINES ALTERNATIVES						
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 €
Remboursement AMO (régime général)	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Remboursement MGC	30,00 €	120,00 €	120,00 €	120,00 €	120,00 €	120,00 €
Reste à charge (RAC)	170,00 €	80,00 €	80,00 €	80,00 €	80,00 €	80,00 €

Précisions : La garantie ESSENTIEL prévoit une participation de 30 € par an au maximum. Ce forfait de 30 € englobe les remboursements effectués au titre de l'automédication et des médecines alternatives.

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 €
Remboursement AMO (régime général)	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Remboursement MGC	30,00 €	55,00 €	55,00 €	55,00 €	55,00 €	55,00 €
Reste à charge	25,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €

Précisions : La garantie ESSENTIEL prévoit une participation de 30 € par an au maximum. Ce forfait de 30 € englobe les remboursements effectués au titre de l'automédication et des médecines alternatives.



100% QU'EST-CE ÇA VEUT DIRE ?

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

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

Le sigle « 100 % » du tableau des garanties MGC signifie que votre remboursement total (la part Sécu. et la part MGC) correspond à 100% du tarif défini par la Sécu. (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 la Sécu. On parle alors de dépassement. Ce dernier n'est pas pris en charge par la Sécu. Il peut l'être par la MGC si votre garantie le prévoit.

QUELLE PRISE EN CHARGE DE VOS DÉPASSEMENTS ?

Par exemple, un ophtalmologue me facture 50 € alors que la Base de Remboursement de la Sécu. (BR) est fixée à 30 €. La différence de 20 € est le dépassement d'honoraires.

La garantie Confort Extra Labellisée, par exemple, prévoit un remboursement allant jusqu'à 200 % de la BR (y compris la part de la Sécu.), soit jusqu'à 59 € pour une BR fixée à 30 € ($200\% \times 30\text{ €} = 60\text{ €}$ moins la participation forfaitaire de 1€ = 59 €). Le montant du remboursement ne pouvant pas excéder la dépense engagée (50 € dans cet exemple), il est donc ramené à 49 € car il y a toujours la participation forfaitaire de 1 € laissée à votre charge.

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 Confort Extra, il sera de 180% au lieu de 200%.

Dépense réelle : 50€	Dépassement : 20€	
	Remboursement MGC	100 % de la base de remboursement (BR) : 30€
	% BR remboursé par AMO	

La MGC peut verser un forfait complémentaire pour couvrir le dépassement en partie ou intégralement : il est exprimé en euros ou en % de la BR dans le tableau des garanties MGC.

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

> la MGC **ne rembourse pas** :

- les franchises médicales,
- la participation forfaitaire de 1€ sur les consultations,
- les pénalités appliquées par la Sécu. 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 MGC **mineure 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 la Sécu. visant à limiter les dépassements d'honoraires).



VOS LUNETTES ET PROTHÈSES DENTAIRES REMBOURSÉES INTÉGRALEMENT À COMPTER DU 1^{ER} JANVIER 2020



Les garanties proposées par la mutuelle MGC permettent de bénéficier de la réforme « 100 % santé ».

C'est la possibilité d'être remboursé intégralement, sans reste à charge, sur une sélection de lunettes et de prothèses dentaires appartenant à un panier de soins réglementairement défini : « le panier 100 % santé ».

Ces lunettes et prothèses dentaires sont proposées par tous les opticiens et chirurgiens-dentistes conventionnés à compter du 1er janvier 2020. Il suffit d'être couvert par une complémentaire santé dite « responsable » pour en bénéficier (c'est le cas de la gamme Essentiel-Confort-Sérénité Labellisée).

Les lunettes et prothèses dentaires concernées ont été sélectionnées par l'Assurance Maladie Obligatoire, les complémentaires santé et les professionnels de santé et répondent à des critères qualitatifs.

A partir de 2021, une sélection d'aides auditives entreront également dans le panier 100 % santé.

En savoir plus sur la réforme « 100 % santé » : mutuellemgc.fr/comprendre-la-reforme-du-100-sante



LUNETTES, PROTHÈSES DENTAIRES, AIDES AUDITIVES MOINS CHÈRES AVEC SANTÉCLAIR



La MG n'a pas attendu la réforme « 100 % santé » pour offrir à ses adhérents le moyen de réduire leurs dépenses de santé.

Par l'intermédiaire des services Santéclair, la MGC donne accès à des opticiens, chirurgiens-dentistes et audioprothésistes recommandés vous proposant un service de qualité à des tarifs privilégiés.

Des tarifs négociés pour payer moins cher vos lunettes et aides auditives, mais aussi vos couronnes, prothèses et implants dentaires.

- > Avec Santéclair, vous avez accès à des équipements et soins de qualité et vous bénéficiez du tiers payant sur la part de la mutuelle MGC.
- > Grâce aux partenaires recommandés Santéclair, vous bénéficiez de nombreux avantages comme par exemple en optique, l'accès à des verres hautement performants de grandes marques à tarifs privilégiés : Essilor, Nikon, Optiswiss ou Zeiss

* Par rapport au prix moyens du marché. Comparaison entre les tarifs négociés chez les professionnels de la santé partenaires Santéclair et les tarifs pratiqués par les professionnels de la santé non partenaires Santéclair en 2019.



OFFRECLAIR, L'OFFRE OPTIQUE « 100 % SANTÉ » CERTIFIÉE PAR SANTÉCLAIR

Avec Offreclair, la solution tout compris « 100 % santé », bénéficiez de lunettes de qualité sans aucun reste à charge. Cette offre est disponible auprès des 3 350 opticiens du réseau Santéclair.

- > Verres de marques, Essilor, Nikon, Optiswiss et Zeiss avec la remise d'un certificat d'authenticité
- > Un large choix pour vos montures parmi une collection exclusive de 80 montures design d'Origine France Garantie et éco-responsables.



DES SERVICES QUI SIMPLIFIENT LA VIE

Espace adhérent en ligne

Votre contrat en temps réel 7/7 et 24/24 : modifier mes informations personnelles, consulter mes remboursements, accéder à de nombreux services pratiques en ligne...

Analyse de vos devis santé

Analyse de vos devis avant d'engager des dépenses importantes : en optique, dentaire, intervention chirurgicale

Téléconsultation médicale

5 téléconsultations par an et par adhérent via la plateforme Mesdocteurs 7/7 et 24/24

Guide interactif de l'automédication

Des conseils pour traiter moi-même en toute sécurité et sans perte de temps, les petits maux de la vie courante : des informations sur les symptômes, liste et les prix de vente habituels des médicaments conseillés...

MGC-Assistance 7/7 24/24

Assistance à domicile en cas d'hospitalisation ou en cas d'immobilisation (sous conditions) : garde de vos enfants, aide-ménagère, service d'information juridique...

Club avantages

Des milliers d'offres à tarifs réduits : salles de cinéma, parcs de loisirs, activités sportives et bien-être, voyages, grande distribution



UNE GESTION EFFICACE AU QUOTIDIEN

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

Pas étonnant que **91% des adhérents déclarent être prêts à recommander la MGC*** !

*Enquête réalisée par l'institut INIT en novembre 2018

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.

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 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, 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, transport, honoraires (ticket modérateur)
- ✓ **Optique** : lunettes (monture et/ou verres), lentilles de contact
- ✓ **Dentaire** : soins dentaires, prothèses dentaires, orthodontie, implantologie
- ✓ **Aides auditives**
- ✓ **Prévention et médecines alternatives** : cure thermale, praticiens non remboursés par l'AMO (ostéopathe, chiropracteur, podologue-pédicure...), prévention et dépistages
- ✓ **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.



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
- ! **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.
- ✓ Dans le cas où les soins ont été dispensés à l'étranger, le remboursement se fait sur la base de remboursement du régime d'assurance maladie obligatoire français, quelle que soit la dépense engagée.



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 dans un délai maximum de 2 ans suivant 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 professionnelle, changement de situation au regard des régimes obligatoires français d'assurance maladie et maternité, bénéfice de la Couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) ou d'ouverture des droits à l'aide au paiement d'une complémentaire santé (ACS).



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 à compter du jour ou 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).

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 à mon adhésion en envoyant au siège de la Mutuelle une lettre recommandée :

- 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, pour une prise d'effet de la dénonciation à la date figurant sur le cachet de la poste, au plus tôt à la date d'échéance du contrat ;
- 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'attribution de la CMU-C et en cas d'ouverture des droits à l'ACS, pour une prise d'effet de la dénonciation à la date d'ouverture des droits au contrat collectif, au dispositif CMU-C ou au contrat ACS souscrit.

Extrait des Statuts de la MGC en vigueur au 01/01/2020 et du Règlement Mutualiste de la Gamme Labellisée en vigueur au 01/01/2020

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) – 61 rue Taitbout – 75436 Paris Cedex 09 (Art. 1 et suivants).

Objet

La 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.

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 et 13).

L'Assemblée Générale (AG) est composée des délégués des sections de vote. Élus pour 2 ans par et parmi les membres de leur section, ils représentent les membres participants et les membres honoraires. Les délégués participent et votent à l'AG.

Chaque délégué 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 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 70 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 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 du mois en cours si le dossier complet d'adhésion parvient au siège de la Mutuelle avant le 10 du mois ;
 - au 1^{er} jour du mois suivant dans le cas contraire.
- Toutefois, si l'Adhérent et, le cas échéant, ses ayants

droit bénéficiaires produit(sent) un certificat de radiation d'un organisme complémentaire santé de moins de deux mois suivant la radiation, les garanties prennent effet au 1^{er} jour du mois suivant la radiation. Dans le cas d'une adhésion en ligne, les garanties prennent effet, soit au 1^{er} jour du mois suivant la signature électronique de l'adhésion, soit au 1^{er} jour du mois de la date sélectionnée lors du processus d'adhésion, sous réserve de la complétude du dossier d'adhésion. En tout état de cause, l'Adhérent s'oblige à produire à la Mutuelle toute pièce qu'elle jugerait nécessaire à l'adhésion.

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'enregistrement de l'adhésion par la mutuelle et matérialisée par l'édition d'un échéancier et l'envoi à l'Adhérent de cartes de tiers payant.

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 charge).**)

Extrait des Statuts de la MGC en vigueur au 01/01/2020 et du Règlement Mutualiste de la Gamme Labellisée en vigueur au 01/01/2020

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)

L'Adhérent a la possibilité de demander le changement de niveau de garantie ou de gamme sous réserve qu'il adresse sa demande auprès de la MGC avant le 31 décembre. Dans cette hypothèse, le changement de niveau de garantie ou de gamme prendra effet au 1^{er} janvier de l'année suivante pour lui-même et ses ayants droit éventuels et ce, pour une durée minimale d'une année civile.

Toutefois, le changement de garantie ou de gamme peut intervenir en cours d'année 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 doit être demandé au plus tard dans un délai de trois mois suivant la date de l'événement. Il prend effet le premier jour du mois qui suit la demande et emporte renonciation au droit de formuler une nouvelle demande de changement de garantie au 1^{er} janvier de l'année suivante, sauf événements exceptionnels.

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 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 adressant, au siège de la Mutuelle, une lettre recommandée, 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 figurant sur le cachet de la poste.

L'Adhérent, qui bénéficie d'un régime collectif complémentaire santé à adhésion obligatoire par le biais de son entreprise peut demander sa démission, en cours d'année, sous réserve de la production d'une attestation employeur et de la restitution des cartes de tiers payant en cours de validité. 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 Couverture Maladie Universelle Complémentaire (CMUC), il peut demander à ce qu'il soit mis fin à son adhésion sous réserve de produire l'attestation d'ouverture des droits à la CMUC. La résiliation de la garantie prend alors effet à la date d'ouverture des droits à la CMUC.

Les garanties sont-elles 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 originaux 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 originales 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.

Extrait des Statuts de la MGC en vigueur au 01/01/2020 et du Règlement Mutualiste de la Gamme Labellisée en vigueur au 01/01/2020

La Mutuelle verse les prestations :

- 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 Labellisée	Essentiel + Labellisée	Confort Labellisée
Affiliés du Régime Général	Entre +0,2%/an et +7,3 %/an de 26 à 74 ans	Entre +0,1%/an et +5,6%/an de 26 à 74 ans	Entre +0,1%/an et +4,7%/an de 26 à 75 ans
Cheminots actifs affiliés CPR de la SNCF	Entre +1,3%/an et +6,3%/an de 26 à 66 ans	Entre +1,1%/an et +5,6%/an de 26 à 66 ans	Entre +1,2%/an et +4,7%/an de 26 à 66 ans
Cheminots retraités et ayants droit cheminots affiliés à la CPR de la SNCF	Entre +0,7%/an et +7,3%/an de 26 à 74 ans	Entre +0,3%/an et +6%/an de 26 à 73 ans	Entre +0,7%/an et +4,6%/an de 26 à 75 ans
Affiliés du Régime Alsace Moselle	Entre +0,8%/an et +5,1%/an de 26 à 75 ans	Entre +0,8%/an et +6%/an de 26 à 75 ans	Entre 0,9%/an et +5,4%/an de 26 à 75 ans

	Confort + Labellisée	Confort Extra Labellisée	Sérénité Labellisée
Affiliés du Régime Général	Entre +0,1%/an et +5,6%/an de 26 à 74 ans	Entre +0,4%/an et +4%/an de 26 à 75 ans	Entre +0,3%/an et +4,9%/an de 26 à 74 ans
Cheminots actifs affiliés CPR de la SNCF	Entre +1,6%/an et +5,6%/an de 26 à 67 ans	Entre +1,7%/an et +4,8%/an de 26 à 66 ans	Entre +1,2%/an et +4,8%/an de 26 à 66 ans
Cheminots retraités et ayants droit cheminots affiliés à la CPR de la SNCF	Entre +0,6%/an et +5,6%/an de 26 à 74 ans	Entre +0,2%/an et +4,9%/an de 26 à 74 ans	Entre +0,9%/an et +4,8%/an de 26 à 75 ans
Affiliés du Régime Alsace Moselle	Entre +1,5%/an et +5,4%/an de 26 à 74 ans	Entre +0,5%/an et +5,3%/an de 26 à 75 ans	Entre +1,2%/an et +3,9%/an de 26 à 75 ans

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

Extrait des Statuts de la MGC en vigueur au 01/01/2020 et du Règlement Mutualiste de la Gamme Labellisée en vigueur au 01/01/2020

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 répercute 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)

Toute réclamation est à adresser au Service Relation Adhérent de la Mutuelle MGC. En cas de désaccord avec la réponse apportée par le Service Relation Adhérent, le membre participant a la possibilité de saisir le Service Réclamations en adressant un courrier circonstancié à l'adresse postale suivante MGC – Service réclamations – TSA 91347 – 75621 PARIS CEDEX 13.

L'adhérent peut après épuisement des voies de recours au sein de la Mutuelle, saisir le service de Médiation Fédérale de la Mutualité Française (Médiation Fédérale Mutualiste – 255 rue de Vaugirard 75719 Paris Cedex 15 ou mediation@mutualite.fr). 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, Société OPPOSETEL, service « BLOCTEL », 6 rue Nicolas Siret, 10000 TROYES.

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) 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 accompagnée de la copie d'une pièce d'identité en cours de validité à la MGC à l'attention de Direction Juridique et Conformité, 2 - 4 Place de l'Abbé Georges Hénocque 75637 PARIS Cedex 13 ou par mail à l'adresse suivante : service.juridique@m-g-c.com.

Vous pouvez également contacter le Délégué à la Protection des données personnelles de la Mutuelle aux coordonnées suivantes : service.dpo@m-gc.com.

En cas de réclamation sur la gestion de vos données personnelles, vous avez également la possibilité de contacter la CNIL. Pour avoir plus de précisions sur les finalités de traitement, les bases juridiques sur lesquelles reposent nos traitements, nous vous

invitions à consulter le règlement mutualiste ou la politique de protection des données de la MGC en vous rendant sur le site de la MGC.



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 soudaine et imprévisible 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'Étranger
- Décès
- Maternité
- Traitement médical de longue durée (radiothérapie, chimiothérapie, trithérapie, quadrithérapie)
- Événement traumatissant
- 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'événement traumatissant

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'événement traumatissant

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,
- Les hospitalisations programmées lorsqu'elles sont liées à des maladies chroniques,
- 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 gériatrie et de gérontologie 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.

