Votre offre santé MGC

Gammes MGC Senior Express et MGC Express futé 2023

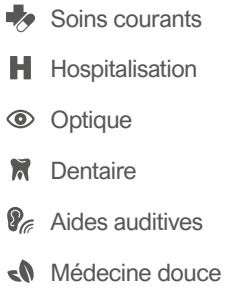
mutuelle MGC

mutuelleMGC.fr

MGC SENIOR EXPRESS
LA NOUVELLE COMPLÉMENTAIRE SANTÉ RÉSERVÉE AUX RETRAITÉS CHEMINOTS ET LEUR FAMILLE

3 NIVEAUX COMPLETS DE GARANTIES AU MEILLEUR PRIX

Avec MGC SENIOR EXPRESS, vous avez le choix entre 3 niveaux de garanties, étudiés pour les retraités de la SNCF, qui s'accordent à vos besoins et à votre budget.



MGC SENIOR EXPRESS *160*	MGC SENIOR EXPRESS *280*	MGC SENIOR EXPRESS *320*
●●○○○	●●●○○	●●●●○
●●●○○	●●●●○	●●●●●
●●○○○	●●●○○	●●●●○
●●○○○	●●●○○	●●●●○
●○○○○	●○○○○	●●●●○
●●○○○	●●●○○	●●●●○

Pour être couvert pour tous les types de soins *(médecine de ville, hospitalisation, optique, dentaire, orthodontie…)* à prix modéré.

Pour être couvert pour tous les types de soins avec des compléments conséquents sur les soins peu remboursés par l'Assurance Maladie Obligatoire.

Une garantie de haut niveau pour tous les types de soins.

ACCESSIBILITÉ
- Pas de questionnaire médical
- 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).*
- Service de devis et de prise en charge pour vos dépenses en optique, dentaire, aides auditives, ainsi que pour vos hospitalisations

SIMPLICITÉ
- Relevé de remboursements unique CPRP-SNCF et MGC
- Précompte des cotisations par la CPRP-SNCF sur votre pension *(le prélèvement de la cotisation sur votre pension reste facultatif)*

SPÉCIFICITÉ
- Tarif spécial régime SNCF
- **Garanties 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.

DES APPLIS POUR TOUT GÉRER À DISTANCE
- Consulter vos remboursements, contacter votre conseiller... grâce à votre espace adhérent sécurisé et votre application mobile MGC.

MGC EXPRESS FUTÉ
UNE SOLUTION SANTÉ « RESPONSABLE » DÉDIÉE AUX CHEMINOTS

MGC EXPRESS FUTÉ est une nouvelle garantie conçue pour les assurés qui choisissent leurs équipements et soins optiques, dentaires et auditifs dans les paniers « 100 % santé » (paniers de soins et équipements à tarifs encadrés - voir en page 20 de la présente brochure) et consultent des médecins adhérents à un dispositif de pratiques tarifaires maîtrisées (OPTAM / OPTAM-CO, voir ci-dessous).

MGC EXPRESS FUTÉ vous permet également d'agir sur votre santé pour rester en forme avec la prise en charge d'actes de prévention et de dépistages ainsi que de séances de médecines alternatives (ostéopathie...).

MGC EXPRESS *FUTÉ*

Vous vous orientez vers des **médecins à dépassements maîtrisés** *(OPTAM/OPTAM-CO)* et des **équipements à prix encadrés** *(lunettes, aides auditives et prothèses dentaires des paniers « 100 % santé »)* : vous optimisez vos remboursements ou êtes pris en charge intégralement.

Soins courants	●●●○○
Hospitalisation	●●●○○
Optique	●●●●●
Dentaire	●●●●○
Aides auditives	●●●●●
Médecines douces	●●●●●

Vous vous orientez vers des **médecins à dépassements libres et des équipements à prix libres :** vos remboursements sont limités à la base de remboursement de l'Assurance Maladie Obligatoire, sans dépassements d'honoraires (voir en page 19 de la brochure).

Soins courants	●○○○○
Hospitalisation	●○○○○
Optique	●○○○○
Dentaire	●○○○○
Aides auditives	●○○○○
Médecines douces	●●●●●

Qu'est-ce que l'Option Pratique Tarifaire Maîtrisée (OPTAM/OPTAM-CO) ?

- L'OPTAM est un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée visant à encadrer les dépassements d'honoraires pratiqués par les praticiens.
  Les médecins adhérents à l'OPTAM s'engagent à modérer leurs tarifs dans l'objectif d'améliorer l'accès aux soins des patients en réduisant leur reste à charge.
- L'OPTAM-CO est un dispositif similaire à celui de l'OPTAM destiné aux Chirurgiens et Obstétriciens.
  Pour en savoir plus : mutuellemgc.fr/faq/qu-est-ce-que-l-optam/

Comment trouver un médecin adhérent à l'OPTAM/OPTAM-CO ?

Rendez-vous sur annuairesante.ameli.fr, l'annuaire des professionnels de santé mis en place par l'Assurance Maladie Obligatoire.
Renseignez le champ « Profession » (exemple : médecin généraliste), puis sélectionnez « Honoraires avec dépassements maîtrises (OPTAM) » dans le champ « Type d'honoraires ».

GAMME MGC SENIOR EXPRESS
Tableau des garanties 2023

Garanties applicables au 1er janvier 2023
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.

	MGC SENIOR EXPRESS 160	MGC SENIOR EXPRESS 280	MGC SENIOR EXPRESS 320
SOINS COURANTS			
Honoraires médicaux :			
Médecins généralistes ayant adhéré à l'OPTAM(1)	100 %	160 %	300 %
Médecins généralistes hors OPTAM(1)	100 %	140 %	180 %
Médecins spécialistes ayant adhéré à l'OPTAM(1)	125 %	200 %	300 %
Médecins spécialistes hors OPTAM(1)	105 %	180 %	200 %
Consultations de psychologues remboursées par l'AMO **(8 séances par année civile)**(2)	100 %	100 %	100 %
Actes de chirurgie et actes techniques hors hospitalisation dans le cadre de l'OPTAM(1)	125 %	200 %	300 %
Actes de chirurgie et actes techniques hors hospitalisation hors OPTAM(1)	105 %	180 %	200 %
Imagerie médicale dans le cadre de l'OPTAM(1)	125 %	150 %	300 %
Imagerie médicale hors OPTAM(1)	105 %	130 %	160 %
Participation forfaitaire sur les actes lourds	frais réels	frais réels	frais réels
Honoraires paramédicaux :			
Auxiliaires médicaux et paramédicaux	100 %	100 %	125 %
Analyses et examens de laboratoires :			
Analyses médicales	100 %	100 %	150 %
Médicaments :			
Médicaments remboursés par l'AMO au taux de 65 % et 30 %, accessoires et produits diététiques sans gluten remboursés par l'AMO au taux de 60 % (taux variable en fonction du régime d'affiliation à la Sécurité sociale)	100 %	100 %	100 %
Médicaments remboursés par l'AMO à 15 % (médicaments à service médical faible)	-	100 %	100 %
Médicaments achetés en pharmacie, sur prescription médicale (remboursement sur présentation d'une facture acquittée) : médicaments veinotoniques, vitamines indiquées en prévention ou traitement de la DMLA, médicaments pour troubles de l'érection (Viagra, Cialis) (par année civile)	-	50 €/an**	55 €/an**
Matériel médical :			
Petit appareillage remboursé par l'AMO(3) (par année civile)	100 % + 70 €/an**	100 % + 150 €/an**	100 % + 200 €/an**
Grand appareillage remboursé par l'AMO(3) (par année civile)	100 % + 150 €/an**	100 % + 250 €/an**	100 % + 350 €/an**
Prothèse mammaire et capillaire, orthèse d'avancée mandibulaire contre l'apnée du sommeil remboursées par l'AMO (par année civile)	100 %	100 % + 200 €/an**	100 % + 250 €/an**
Glucomètre (par année civile)	-	30 €/an**	40 €/an**
Protections pour l'incontinence (remboursement sur présentation d'une facture acquittée) (par année civile)	50 €/an**	55 €/an**	60 €/an**
Autres prestations :			
Transport remboursé par l'AMO	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 %
Honoraires :			
Honoraires en hospitalisation et ambulatoire facturés dans le cadre de l'OPTAM(1)	190 %	210 %	400 %
Honoraires en hospitalisation et ambulatoire facturés hors OPTAM(1)	170 %	185 %	200 %
Participation forfaitaire sur les actes lourds	frais réels	frais réels	frais réels
Forfait Patient Urgences(4)	frais réels	frais réels	frais réels
Forfait journalier hospitalier :			
Forfait journalier des établissements hospitaliers (par jour)	frais réels	frais réels	frais réels
Chambre particulière (délai de stage de 2 mois)(5) :			
- en médecine/chirurgie/obstétrique (durée illimitée)	40 €/jour	50 €/jour	70 €/jour
- en convalescence **(durée limitée à 60 jours/année civile)**	40 €/jour	50 €/jour	60 €/jour
- en psychiatrie **(durée limitée à 30 jours/année civile)**	40 €/jour	50 €/jour	60 €/jour

	MGC SENIOR EXPRESS 160	MGC SENIOR EXPRESS 280	MGC SENIOR EXPRESS 320
- en ambulatoire (sans hébergement)	30€/jour	35€/jour	40€/jour
Autres prestations :			
Frais d'accompagnement (repas et lit en établissement hospitalier (en médecine/chirurgie/ obstétrique) et en maison d'accueil hospitalière adhérente à la Fédération des Maisons d'Accueil Hospitalières) **pour un accompagné de 75 ans ou plus (limité à 21 jours/année civile)**	15€ / jour	20€/ jour	20€/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	Prise en charge intégrale **dans la limite des prix limites 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)			
- Prestation d'adaptation de la correction réalisée par l'opticien			
- Prestation d'appairage réalisée par l'opticien			
- Supplément pour verres avec filtre			
SANTÉCLAIR **Chez tous les opticiens partenaires Santéclair # : montures et verres de qualité de la gamme OFFRECLAIR, intégralement pris en charge** - Choix de 80 montures de la gamme OFFRECLAIR, origine France garantie. - 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 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	70€	90€	100€
- Verre simple de classe B (par verre)[8]	30€	45€	60€
- Verre complexe de classe B (par verre)[8]	90€	160€	210€
- Verre très complexe de classe B (par verre)[8]	100€	210€	300€
- Prestation d'adaptation de la correction réalisée par l'opticien	100 %	100 %	100 %
- Supplément pour verres avec filtre	100 %	100 %	100 %
SANTÉCLAIR **Chez tous les opticiens partenaires Santéclair #** : montures et verres de marque à tarifs négociés. **Jusqu'à 20 % de remise sur les montures du panier de soins « libre » ##** (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 par l'AMO et produits de nettoyage (par année civile)[9]	100 %	100 %+50€/an**	100 %+70€/an**
Lentilles non remboursées par l'AMO et produits de nettoyage (par année civile)[9]	-	50€/an**	70€/an**
Opération chirurgicale réfractive et implant oculaire (y compris implant posé dans le cadre de l'opération de la cataracte) (par œil et par année civile)	-	200€/œil/an**	600€/œil/an**
SANTÉCLAIR **Dans les centres de chirurgie réfractive laser partenaires Santéclair #** : bénéficiez d'une technique de pointe à des tarifs négociés. **Jusqu'à -30 % d'économies par rapport aux prix moyens du marché ##."**			
DENTAIRE			
Soins :			
Soins dentaires	100 %	100 %	180 %
Inlays onlays	120 %	150 %	180 %
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.	**1 600€**	**1 700€**	**1 800€**
- prothèses fixes, y compris couronnes sur implant, hors bridge, sur dents visibles (incisives, canines, prémolaires) (par prothèse)	100 % + 150€	100 % + 200€	100 % + 250€
- prothèses fixes, y compris couronnes sur implant, hors bridge, sur dents non visibles (molaires) (par prothèse)	100 % + 120€	100 % + 150€	100 % + 200€
- bridge (inter de bridge et piliers) sur dents visibles (incisives, canines, prémolaires) (par bridge)	100 % + 200€	100 % + 300€	100 % + 400€
- bridge (inter de bridge et piliers) sur dents non visibles (molaires) (par bridge)	100 % + 200€	100 % + 250€	100 % + 300€
- inlay core (pivot ou faux moignon) (par dent)	100 % + 50€	100 % + 60€	100 % + 80€
- prothèses amovibles **(forfait limité à 2 prothèses par année civile)** (par prothèse)	100 % + 200€	100 % + 250€	100 % + 300€

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

Suite du tableau en page suivante >

	MGC SENIOR EXPRESS 160	MGC SENIOR EXPRESS 280	MGC SENIOR EXPRESS 320
- autres prothèses remboursées par l'AMO	150 %	250 %	300 %
SANTÉCLAIR Chez les chirurgiens-dentistes partenaires Santéclair # : **tarifs négociés pour les prothèses dentaires les plus fréquentes à prix libres.**			
Autres prestations :			
Implantologie (implant, pilier) remboursée ou non par l'AMO (par année civile)	100 %* + 100 €/an**	100 %* + 180 €/an**	100 %* + 250 €/an**
Parodontologie remboursée ou non par l'AMO (par année civile)	100 %* + 100 €/an**	100 %* + 180 €/an**	100 %* + 250 €/an**
Orthodontie remboursée par l'AMO	100 %	100 %	100 %
Prothèses provisoires et transitoires remboursées ou non par l'AMO (par prothèse)	100 %* + 20 €	100 %* + 30 €	100 %* + 40 €
SANTÉCLAIR Chez les chirurgiens-dentistes partenaires Santéclair # : **tarifs négociés pour les actes les plus fréquents d'orthodontie et jusqu'à -35 % sur l'ensemble des actes d'implantologie ###.**			
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 limites de vente en vigueur**		
SANTÉCLAIR Chez tous les audioprothésistes partenaires Santéclair # : **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 %	1000 €/oreille
SANTÉCLAIR Chez tous les audioprothésistes partenaires Santéclair # : **aides auditives à tarifs négociés. Des tarifs jusqu'à 35 % moins chers par rapport aux prix moyens du marché #### et 20 % de remise sur les piles.**			
Autres prestations :			
Frais d'entretien des prothèses auditives remboursés par l'AMO (piles...) **(par appareil et par année civile)**	100 % + 20 €/app/an**	100 % + 25 €/app/an**	100 % + 30 €/app/an**
SOINS EFFECTUÉS À L'ÉTRANGER			
Dépenses médicales effectuées à l'étranger et remboursées par l'AMO	100 %	100 %	100 %
CURE THERMALE EN EXTERNAT(11)			
Cure acceptée par l'AMO : traitement et honoraires remboursés par l'AMO	100 %	150 %	170 %
Cure acceptée par l'AMO : frais d'hébergement remboursés ou non par l'AMO (par année civile)	100 %*	100 %* + 100 €/an**	100 %* + 130 €/an**
PRÉVENTION ET MÉDECINES ALTERNATIVES			
Automédication en pharmacie (sur présentation d'une facture acquittée) (par année civile)(12)	-	40 €/an**	50 €/an**
Praticiens de santé non remboursés par l'AMO : consultations étiopathie, chiropratique, psychologie, acupuncture, homéopathie, sophrologie, mésothérapie, psychomotricité, ergothérapie, phytothérapie (par séance)	20 €/séance **(3 séances/an**)**	30 €/séance **(5 séances/an**)**	35 €/séance **(6 séances/an**)**
Consultations ostéopathie (par séance)	20 €/séance **(2 séances/an**)**	30 €/séance **(3 séances/an**)**	35 €/séance **(5 séances/an**)**
Praticiens de santé remboursés ou non par l'AMO : consultation podologie-pédicure (par séance)	15 €/séance **(3 séances/an**)**	25 €/séance **(3 séances/an**)**	30 €/séance **(4 séances/an**)**
Bilan nutritionnel et consultation diététicien (par séance)	30 €/séance **(2 séances/an**)**	40 €/séance **(3 séances/an**)**	50 €/séance **(5 séances/an**)**
SANTÉCLAIR Chez les diététiciennes et ostéopathes-chiropracteurs partenaires Santéclair # : **consultations à tarifs négociés : -15 % par rapport aux prix moyens du marché (source : données Santéclair).**			
Produits de sevrage tabagique (par année civile)	30 €/an**	30 €/an**	30 €/an**
Produits d'homéopathie (sur présentation d'une ordonnance et d'une facture acquittée) (par année civile)	30 €/an**	30 €/an**	40 €/an**
Vaccin anti-grippe	frais réels	frais réels	frais réels
Autres vaccins non remboursés par l'AMO : fièvre jaune, méningite, encéphalite japonaise, fièvre typhoïde, rage ; traitement préventif antipaludique (par année civile)	30 €/an**	40 €/an**	40 €/an**
Dépistage des troubles de l'audition pris en charge par l'AMO	100 %	100 %	100 %
Ostéodensitométrie prise en charge ou non par l'AMO	100 %*	100 %* + 40 €/an**	100 %* + 45 €/an**
SERVICES			
Mutuaide Assistance — Assistance (voir la notice d'information)	oui	oui	oui
SANTÉCLAIR — Services et réseaux de professionnels de la santé Santéclair	oui	oui	oui
Club Avantages — Club Avantages (réductions sur cinéma, billetterie, loisirs…)	oui	oui	oui

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

Conditions de remboursement et légende en page suivante >

[#] 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.

[##] Comparaison entre les tarifs négociés chez les professionnels de la santé partenaires Santéclair et les devis analysés par Santéclair en 2019.

[###] Jusqu'à 35% d'économies par rapport aux prix moyens habituellement pratiqués hors réseau Santéclair. Étude réalisée par Santéclair sur les devis analysés du 1er janvier au 31 décembre 2020. Comparaison à actes et matériaux strictement identiques.

[####] 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 1er 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.

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), et à l'article L.911-7 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, 1er 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://monpsy.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 - Liste des petits appareillages :

- Bandages herniaires
- Orthèses plantaires
- Coques talonnières
- Colliers cervicaux
- Orthèses élastiques de contention des membres : bas à varices, bas à jarret, cuissards, genouillères, chaussettes, chevillères, manchon, bas cuisse, bonnet couvremoignon pour amputation fémorale ou tibiale
- Ceinture médico-chirurgicale
- Corsets orthopédiques en tissu armé
- 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

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 hospitalisatio**n. 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 ».

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

12 - Liste automédication : en date du 22/09/2022, 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 du médicaments (= générique).

- **Rhume :** Physiodose
- **Rhinite :** Alairgix allergie cetirizine, Alairgix rhinite allergique cromoglicate de sodium, ***Cetirizine***, Cromorhinol, Drill allergie cetirizine, Humex allergie cetirizine, Humex allergie loratadine, Humex rhume des foins a la beclometasone, ***Loratadine***, Polaramine, Reactine, Zyrtecset
- **Antalgique :** ***Acide Acétylsalicylique***, Advil, Advilcaps, Advilmed enfants, Advilmed enfants et nourrissons, Alka seltzer, Antarene, Antarene nourrissons et enfants, Aspegic, Aspirine du rhone, Aspirine Upsa, Aspro, Aspro cafeine, Cefaline, Claradol, Claradol cafeine, Dafalgan, Dafalgancaps, Dafalgantabs, Doliprane, Doliprane vitaminec, Dolipranecaps, Dolipraneliquiz, Dolipraneorodoz, Dolipranetabs, Dolko, Efferalgan, Efferalgan vitamine C, Efferalganmed, Ibupradoll, ***Ibuprofene***, Nurofen, Nurofencaps, Nurofenfem, Nurofenflash, Nurofenpro , Nurofentabs, ***Paracetamol***, Paralyoc, Prontadol, Spedifen, Spifen, Toprec, Upfen,
- **Anxiété, troubles sommeil, dépression légère :** Anxemil, Arkogelules eschscholtzia, Arkogelules houblon, Arkogelules valeriane, Biocarde, Biomag agrumes, Cardiocalm, Compose Boiron passiflora, Donormyl, ***Doxylamine***, Euphytose, Gelsemium complex N°70 Lehning, Granions de lithium, Homeogene 46, L72, Lidene, Oligosol lithium, Passiflora compose, Passiflorine, Santane N9, Sedatif pc, Sedinax, Somnidoron, Spasmine, Stressdoron, Sympathyl, Tranquital, 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***, Melaxib, Melaxose, Movicol, Normafibe, Parapsyllium, Psylia, Psyllium, Restrical, Sorbitol, Spagulax, Transilane, Transipeg, Transipeglib, Transulose
- **Troubles digestifs > ballonnements :** Acticarbine, Arkogelules charbon vegetal, Bolinan, Carbactive, Carbolevure, Carbosylane, Carbosymag, Charbon de belloc, Dolospasmyl, Formocarbine, L114 Lehning, Meteospasmyl, Meteoxane, Oxyboldine, Pepsane, ***Phloroglucinol***, Polysilane, Rennie Deflatine, Siligaz, Spasfon Lyoc, Spasfon, Spasmocalm, Splenocarbine
- **Troubles digestifs > digestion difficile :** Acticarbine, Arginine, Carbolevure, Carominthe, Chophytol, ***Citrate de betaine***, Compose Boiron chelidonium, Compose Boiron nux vomica, Digedryl, Formocarbine, Gastrocynesine, Homeoregul, Nux vomica compose, Oddibil, Oxyboldine, Sorbitol
- **Troubles digestifs > brûlure estomac :** ***Alginate De Sodium / Bicarbonate De Sodium***, Carbosymag, Gastropax, Gaviscon, Gavisconell, Gavisconpro, Gelox, Ipraalox, Maalox, Marga, Mopralpro, Moxydar, Neutricid, Neutroses, ***Omeprazole***, ***Pantoprazole***, Phosphalugel, Rennie deflatine, Rennie, Rennieliquo, Xolaam
- **Panier petite enfance :** Serum physiologique quelle que soit la marque, Mouche bébé quelle que soit la marque, Erytheme fessier du nourrisson (Abcderm, Babygella, Eosine, Primalba, Weleda calendula)
- **Test grossesse :** Clearblue digital, Clearblue plus, Predictor early, Predictor express
- **Autotensiomètre au poignet ou bras (marque) :** Cooper, Hartmann, Magnien, Marque verte, Nais, Omrom, Orgalys, Pharmea, Tensoval, Thuasme

GAMME EXPRESS FUTÉ
Tableau des garanties 2023

Garanties applicables au 1er janvier 2023
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.

	MGC EXPRESS FUTÉ
SOINS COURANTS	
Honoraires médicaux :	
Médecins généralistes ayant adhéré à l'OPTAM[1]	150%
Médecins généralistes hors OPTAM[1]	100%
Médecins spécialistes ayant adhéré à l'OPTAM[1]	200%
Médecins spécialistes hors OPTAM[1]	100%
Consultations de psychologues remboursées par l'AMO **(8 séances par année civile)**[2]	100%
Actes de chirurgie et actes techniques hors hospitalisation dans le cadre de l'OPTAM[1]	150%
Actes de chirurgie et actes techniques hors hospitalisation hors OPTAM[1]	100%
Imagerie médicale dans le cadre de l'OPTAM[1]	150%
Imagerie médicale hors OPTAM[1]	100%
Participation forfaitaire sur les actes lourds	frais réels
Honoraires paramédicaux :	
Auxiliaires médicaux et paramédicaux	100 %
Analyses et examens de laboratoires :	
Analyses médicales	100 %
Médicaments :	
Médicaments remboursés par l'AMO au taux de 65% et 30%, accessoires et produits diététiques sans gluten remboursement au taux de 60% (taux variable en fonction du régime d'affiliation à la Sécurité sociale)	100%
Médicaments achetés en pharmacie, sur prescription médicale (remboursement sur présentation d'une facture acquittée) : médicaments veinotoniques, vitamines indiquées en prévention ou traitement de la DMLA, médicaments pour troubles de l'érection (Viagra, Cialis) (par année civile)	25€/an**
Matériel médical :	
Appareillage remboursé par l'AMO	100%
Protections pour l'incontinence (sur facture acquittée) (par année civile)	30€/an**
Autres prestations :	
Transport remboursé par l'AMO	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 %
Honoraires :	
Honoraires en hospitalisation et ambulatoire facturés dans le cadre de l'OPTAM[1]	210%
Honoraires en hospitalisation et ambulatoire facturés hors OPTAM[1]	100%
Participation forfaitaire sur les actes lourds	frais réels
Forfait Patient Urgences[3]	frais réels
Forfait journalier hospitalier :	
Forfait journalier des établissements hospitaliers (par jour)	frais réels
Chambre particulière (délai de stage de 2 mois)[4] :	
- en médecine/chirurgie/obstétrique (durée illimitée)	30€/jour
- en convalescence **(durée limitée à 60 jours/année civile)**	30€/jour
- en psychiatrie **(durée limitée à 30 jours/année civile)**	30€/jour
- en ambulatoire (sans hébergement)	30€/jour
Autres prestations :	
Frais d'accompagnement (repas et lit en établissement hospitalier et en maison d'accueil hospitalière adhérente à la Fédération des Maisons d'Accueil Hospitalières) **pour un accompagné de 75 ans ou plus (limité à 21 jours/année civile)**	10€/jour

OPTIQUE

Équipements optiques (forfaits € incluant la prise en charge AMO) :

Participation limitée à un équipement[5] (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 »[6] :	
- Monture de classe A	Prise en charge intégrale **dans la limite des prix limites 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)	
- Prestation d'adaptation de la correction réalisée par l'opticien	
- Prestation d'appairage réalisée par l'opticien	
- Supplément pour verres avec filtre	

SANTÉCLAIR **Chez tous les opticiens partenaires Santéclair #** : montures et verres de qualité de la gamme OFFRECLAIR, **intégralement pris en charge**
- Choix de 80 montures de la gamme OFFRECLAIR, origine France garantie.
- 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 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%
- Verre de classe B[7]	100%
- Prestation d'adaptation de la correction réalisée par l'opticien	100%
- Supplément pour verres avec filtre	100%

SANTÉCLAIR **Chez tous les opticiens partenaires Santéclair #** : montures et verres de marque à tarifs négociés.
Jusqu'à 20 % de remise sur les montures du panier de soins « libre » ##
(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 par l'AMO et produits de nettoyage remboursés par l'AMO[8]	100%

SANTÉCLAIR **Dans les centres de chirurgie réfractive laser partenaires Santéclair #** : bénéficiez d'une technique de pointe à des tarifs négociés.
Jusqu'à -30 % d'économies par rapport aux prix moyens du marché ##."

DENTAIRE

Soins :	
Soins dentaires, inlays onlays	100%

Soins et prothèses « 100 % santé »[6] :	
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 fixes, y compris couronnes sur implant, hors bridge	100%
Bridge (inter de bridge et piliers)	100%
Inlay core (pivot ou faux moignon)	100%
Prothèses amovibles	100%
Autres prothèses remboursées par l'AMO	100%

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

Autres prestations :	
Implantologie (implant, pilier) remboursée par l'AMO	100%
Parodontologie remboursée par l'AMO	100%
Orthodontie remboursée par l'AMO	100%
Prothèses provisoires et transitoires remboursées par l'AMO	100%

SANTÉCLAIR Chez les chirurgiens-dentistes partenaires Santéclair # : **tarifs négociés pour les actes les plus fréquents d'orthodontie et jusqu'à -35 % sur l'ensemble des actes d'implantologie ###.**

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

Suite du tableau en page suivante >

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 »[6] :	
Aides auditives relevant du panier « 100 % santé »	Prise en charge intégrale **dans la limite des prix limite de vente en vigueur**
SANTÉCLAIR Chez tous les audioprothésistes partenaires Santéclair # : **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 %
SANTÉCLAIR Chez tous les audioprothésistes partenaires Santéclair # : **aides auditives à tarifs négociés. Des tarifs jusqu'à 35 % moins chers par rapport aux prix moyens du marché #### et 20 % de remise sur les piles.**	
Autres prestations :	
Frais d'entretien des prothèses auditives remboursés par l'AMO (piles...)	100 %

SOINS EFFECTUÉS À L'ÉTRANGER

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

CURE THERMALE EN EXTERNAT[9]

Cure acceptée par l'AMO : traitement et honoraires remboursés par l'AMO	100%
Cure acceptée par l'AMO : frais d'hébergement remboursés par l'AMO (par année civile)	100%

PRÉVENTION ET MÉDECINES ALTERNATIVES

Automédication en pharmacie (sur présentation d'une facture acquittée) (par année civile)[10]	60€/an**
Praticiens de santé non remboursés par l'AMO : consultations étiopathie, chiropratique, psychologie, acupuncture, homéopathie, sophrologie, mésothérapie, psychomotricité, ergothérapie, phytothérapie (par séance, **dans la limite de 6 séances par année civile**)	40€/séance **(6 séances/an**)**
Consultations ostéopathie (par séance, **dans la limite de 5 séances par année civile**)	40€/séance **(5 séances/an**)**
Praticiens de santé remboursés ou non par l'AMO : consultation podologie-pédicure (par séance, **dans la limite de 5 séances par année civile**)	30€/séance **(5 séances/an**)**
Bilan nutritionnel et consultation diététicien (par séance, **dans la limite de 6 séances par année civile**)	50€/séance **(6 séances/an**)**
Produits de sevrage tabagique (par année civile)	30€/an**
Produits d'homéopathie (sur présentation d'une ordonnance et d'une facture acquittée) (par année civile)	40€/an**
Vaccin anti-grippe	frais réels
Autres vaccins non remboursés par l'AMO : fièvre jaune, méningite, encéphalite japonaise, fièvre typhoïde, rage ; traitement préventif antipaludique (par année civile)	40€/an**
Dépistage des troubles de l'audition pris en charge par l'AMO	100%
Ostéodensitométrie prise en charge ou non par l'AMO (par année civile)	100%*+45€/an**
SANTÉCLAIR Chez les diététiciennes et ostéopathes-chiropracteurs partenaires Santéclair # : **consultations à tarifs négociés : -15 % par rapport aux prix moyens du marché (source : données Santéclair).**	

SERVICES

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

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

Conditions de remboursement et légende en page suivante >

[#] 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.

[##] Comparaison entre les tarifs négociés chez les professionnels de la santé partenaires Santéclair et les devis analysés par Santéclair en 2019.

[###] Jusqu'à 35% d'économies par rapport aux prix moyens habituellement pratiqués hors réseau Santéclair. Étude réalisée par Santéclair sur les devis analysés du 1er janvier au 31 décembre 2020. Comparaison à actes et matériaux strictement identiques.

[####] 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 1er 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.

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), et à l'article L.911-7 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, 1er 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://monpsy.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 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.

4 - 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 hospitalisatio**n. 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**.

5 - 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.

6 - Tels que définis réglementairement

7 - 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.

8 - 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.

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

10 - Liste automédication : en date du 22/09/2022, 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 du médicaments (= générique).

- **Rhume :** Physiodose
- **Rhinite :** Alairgix allergie cetirizine, Alairgix rhinite allergique cromoglicate de sodium, ***Cetirizine***, Cromorhinol, Drill allergie cetirizine, Humex allergie cetirizine, Humex allergie loratadine, Humex rhume des foins a la beclometasone, ***Loratadine***, Polaramine, Reactine, Zyrtecset
- **Antalgique :** ***Acide Acétylsalicylique***, Advil, Advilcaps, Advilmed enfants, Advilmed enfants et nourrissons, Alka seltzer, Antarene, Antarene nourrissons et enfants, Aspegic, Aspirine du rhone, Aspirine Upsa, Aspro, Aspro cafeine, Cefaline, Claradol, Claradol cafeine, Dafalgan, Dafalgancaps, Dafalgantabs, Doliprane, Doliprane vitaminec, Dolipranecaps, Dolipraneliquiz, Dolipraneorodoz, Dolipranetabs, Dolko, Efferalgan, Efferalgan vitamine C, Efferalganmed, Ibupradoll, ***Ibuprofene***, Nurofen, Nurofencaps, Nurofenfem, Nurofenflash, Nurofenpro , Nurofentabs, ***Paracetamol***, Paralyoc, Prontadol, Spedifen, Spifen, Toprec, Upfen,
- **Anxiété, troubles sommeil, dépression légère :** Anxemil, Arkogelules eschscholtzia, Arkogelules houblon, Arkogelules valeriane, Biocarde, Biomag agrumes, Cardiocalm, Compose Boiron passiflora, Donormyl, ***Doxylamine***, Euphytose, Gelsemium complex N°70 Lehning, Granions de lithium, Homeogene 46, L72, Lidene, Oligosol lithium, Passiflora compose, Passiflorine, Santane N9, Sedatif pc, Sedinax, Somnidoron, Spasmine, Stressdoron, Sympathyl, Tranquital, 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***, Melaxib, Melaxose, Movicol, Normafibe, Parapsyllium, Psylia, Psyllium, Restrical, Sorbitol, Spagulax, Transilane, Transipeg, Transipeglib, Transulose
- **Troubles digestifs > ballonnements :** Acticarbine, Arkogelules charbon vegetal, Bolinan, Carbactive, Carbolevure, Carbosylane, Carbosymag, Charbon de belloc, Dolospasmyl, Formocarbine, L114 Lehning, Meteospasmyl, Meteoxane, Oxyboldine, Pepsane, ***Phloroglucinol***, Polysilane, Rennie Deflatine, Siligaz, Spasfon Lyoc, Spasfon, Spasmocalm, Splenocarbine
- **Troubles digestifs > digestion difficile :** Acticarbine, Arginine, Carbolevure, Carominthe, Chophytol, ***Citrate de betaine***, Compose Boiron chelidonium, Compose Boiron nux vomica, Digedryl, Formocarbine, Gastrocynesine, Homeoregul, Nux vomica compose, Oddibil, Oxyboldine, Sorbitol
- **Troubles digestifs > brûlure estomac :** ***Alginate De Sodium / Bicarbonate De Sodium***, Carbosymag, Gastropax, Gaviscon, Gavisconell, Gavisconpro, Gelox, Ipraalox, Maalox, Marga, Mopralpro, Moxydar, Neutricid, Neutroses, ***Omeprazole***, ***Pantoprazole***, Phosphalugel, Rennie deflatine, Rennie, Rennieliquo, Xolaam
- **Panier petite enfance :** Serum physiologique quelle que soit la marque, Mouche bébé quelle que soit la marque, Erytheme fessier du nourrisson (Abcderm, Babygella, Eosine, Primalba, Weleda calendula)
- **Test grossesse :** Clearblue digital, Clearblue plus, Predictor early, Predictor express
- **Autotensiomètre au poignet ou bras (marque) :** Cooper, Hartmann, Magnien, Marque verte, Nais, Omrom, Orgalys, Pharmea, Tensoval, Thuasme

QUELQUES EXEMPLES DE REMBOURSEMENT

Bien comprendre le tableau des garanties est primordial. Pour vous aider, vous disposez ici de plusieurs exemples de remboursement, en vigueur au 01/01/2023, calculés pour un retraité SNCF affilié à la CPRP-SNCF.

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 MGC dans le respect du parcours de soins. Ils sont calculés en fonction des tarifs de l'AMO en vigueur au 01/01/2023.
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.

		MGC EXPRESS FUTÉ	MGC SENIOR EXPRESS 160	MGC SENIOR EXPRESS 280	MGC SENIOR EXPRESS 320
	SOINS COURANTS				
1	**CONSULTATION MÉDECIN TRAITANT GÉNÉRALISTE POUR UN PATIENT DE PLUS DE 18 ANS EN SECTEUR 1**				
	Dépense (Tarif conventionnel)	25,00 €	25,00 €	25,00 €	25,00 €
	Remboursement AMO (Retraité SNCF affilié à la CPRP-SNCF)	17,75 €	17,75 €	17,75 €	17,75 €
	Remboursement MGC	6,25 €	6,25 €	6,25 €	6,25 €
	Reste à charge (RAC)	**1,00 €**	**1,00 €**	**1,00 €**	**1,00 €**
	Précisions : Le RAC comprend la participation forfaitaire de 1€ laissée à votre charge par l'AMO.				
2	**CONSULTATION PÉDIATRE POUR ENFANT DE MOINS DE 6 ANS EN SECTEUR 1**				
	Dépense (Tarif conventionnel)	32,00 €	32,00 €	32,00 €	32,00 €
	Remboursement AMO (Retraité SNCF affilié à la CPRP-SNCF)	24,00 €	24,00 €	24,00 €	24,00 €
	Remboursement MGC	8,00 €	8,00 €	8,00 €	8,00 €
	Reste à charge (RAC)	**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)	32,00 €	32,00 €	32,00 €	32,00 €
	Remboursement AMO (Retraité SNCF affilié à la CPRP-SNCF)	24,00 €	24,00 €	24,00 €	24,00 €
	Remboursement MGC	8,00 €	8,00 €	8,00 €	8,00 €
	Reste à charge (RAC)	**0,00 €**	**0,00 €**	**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)	55,00 €	55,00 €	55,00 €	55,00 €
	Remboursement AMO (Retraité SNCF affilié à la CPRP-SNCF)	17,25 €	17,25 €	17,25 €	17,25 €
	Remboursement MGC	5,75 €	6,90 €	24,15 €	28,75 €
	Reste à charge (RAC)	**32,00 €**	**30,85 €**	**13,60 €**	**9,00 €**
	Le RAC comprend la participation forfaitaire de 1€ laissée à votre charge par l'AMO.				
5	**CONSULTATION MÉDECIN SPÉCIALISTE POUR UN PATIENT DE PLUS DE 18 ANS EN OPHTALMOLOGIE EN SECTEUR 1**				
	Dépense (Tarif conventionnel)	30,00 €	30,00 €	30,00 €	30,00 €
	Remboursement AMO (Retraité SNCF affilié à la CPRP-SNCF)	21,50 €	21,50 €	21,50 €	21,50 €
	Remboursement MGC	7,50 €	7,50 €	7,50 €	7,50 €
	Reste à charge (RAC)	**1,00 €**	**1,00 €**	**1,00 €**	**1,00 €**
	Précisions Le RAC comprend la participation forfaitaire de 1€ laissée à votre charge par l'AMO.				
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)	57,00 €	57,00 €	57,00 €	57,00 €
	Remboursement AMO (Retraité SNCF affilié à la CPRP-SNCF)	16,25 €	16,25 €	16,25 €	16,25 €
	Remboursement MGC	5,75 €	6,90 €	24,15 €	28,75 €
	Reste à charge (RAC)	**35,00 €**	**33,85 €**	**16,60 €**	**12,00 €**
	Précisions Le RAC comprend la participation forfaitaire de 1€ laissée à votre charge par l'AMO.				

Suite du tableau page suivante >

		MGC EXPRESS FUTÉ	MGC SENIOR EXPRESS 160	MGC SENIOR EXPRESS 280	MGC SENIOR EXPRESS 320
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)	44,00 €	44,00 €	44,00 €	44,00 €
	Remboursement AMO (Retraité SNCF affilié à la CPRP-SNCF)	32,00 €	32,00 €	32,00 €	32,00 €
	Remboursement MGC	11,00 €	11,00 €	11,00 €	11,00 €
	Reste à charge (RAC)	**1,00 €**	**1,00 €**	**1,00 €**	**1,00 €**
	Précisions : Le RAC comprend la participation forfaitaire de 1€ laissée à votre charge par l'AMO.				
8	**MATÉRIEL MÉDICAL : ACHAT D'UNE PAIRE DE BÉQUILLES**				
	Dépense (Prix moyen national de l'acte)	25,80 €	25,80 €	25,80 €	25,80 €
	Remboursement AMO (Retraité SNCF affilié à la CPRP-SNCF)	14,64 €	14,64 €	14,64 €	14,64 €
	Remboursement MGC	9,76 €	11,16 €	11,16 €	11,16 €
	Reste à charge (RAC)	**1,40 €**	**0,00 €**	**0,00 €**	**0,00 €**
9	**TROIS BOITES DE MÉDICAMENTS À SERVICE MÉDICAL RENDU (SMR) FAIBLE (VIGNETTE ORANGE)**				
	Dépense (Tarif conventionnel)	52,80 €	52,80 €	52,80 €	52,80 €
	Remboursement AMO (Retraité SNCF affilié à la CPRP-SNCF)	38,10 €	38,10 €	38,10 €	38,10 €
	Remboursement MGC	7,92 €	7,92 €	13,20 €	13,20 €
	Reste à charge (RAC)	**6,78 €**	**6,78 €**	**1,50 €**	**1,50 €**
	Précisions : Le RAC comprend la franchise médicale de 0,50€ par boite 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 €
	Remboursement AMO (Retraité SNCF affilié à la CPRP-SNCF)	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
	Remboursement MGC	20,00 €	20,00 €	20,00 €	20,00 €
	Reste à charge	**0,00 €**	**0,00 €**	**0,00 €**	**0,00 €**
11	**CHAMBRE PARTICULIÈRE EN CHIRURGIE POUR 1 NUIT (SUR DEMANDE DU PATIENT)**				
	Remboursement AMO (Retraité SNCF affilié à la CPRP-SNCF)	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
	Remboursement MGC	30,00 €	40,00 €	50,00 €	70,00 €
	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**				
	Dépense (Prix moyen national de l'acte)	745,54 €	745,54 €	745,54 €	745,54 €
	Remboursement AMO (Retraité SNCF affilié à la CPRP-SNCF)	721,54 €	721,54 €	721,54 €	721,54 €
	Remboursement MGC	24,00 €	24,00 €	24,00 €	24,00 €
	Reste à charge (RAC)	**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.				
13	**HONORAIRES CHIRURGIEN (MÉDECIN ADHÉRENT OPTAM OU OPTAM-CO)**				
	Dépense (Prix moyen national de l'acte)	355,00 €	355,00 €	355,00 €	355,00 €
	Remboursement AMO (Retraité SNCF affilié à la CPRP-SNCF)	271,70 €	271,70 €	271,70 €	271,70 €
	Remboursement MGC	83,30 €	83,30 €	83,30 €	83,30 €
	Reste à charge (RAC)	**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)**				
	Dépense (Prix moyen national de l'acte)	447,00 €	447,00 €	447,00 €	447,00 €
	Remboursement AMO (Retraité SNCF affilié à la CPRP-SNCF)	271,70 €	271,70 €	271,70 €	271,70 €
	Remboursement MGC	24,00 €	175,30 €	175,30 €	175,30 €
	Reste à charge (RAC)	**151,30 €**	**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.				
	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**				
	Dépense (Prix moyen national de l'acte)	3 270,12 €	3 270,12 €	3 270,12 €	3 270,12 €
	Remboursement AMO (Retraité SNCF affilié à la CPRP-SNCF)	3 270,12 €	3 270,12 €	3 270,12 €	3 270,12 €
	Remboursement MGC	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
	Reste à charge (RAC)	**0,00 €**	**0,00 €**	**0,00 €**	**0,00 €**

Suite du tableau page suivante >

		MGC EXPRESS FUTÉ	MGC SENIOR EXPRESS 160	MGC SENIOR EXPRESS 280	MGC SENIOR EXPRESS 320
OPTIQUE					
16	**ÉQUIPEMENT OPTIQUE DE CLASSE A (ÉQUIPEMENT 100% SANTÉ) : MONTURE ET VERRES SIMPLES**				
	Dépense (Prix limite de vente)	112,00 €	112,00 €	112,00 €	112,00 €
	Remboursement AMO (Retraité SNCF affilié à la CPRP-SNCF)	34,50 €	34,50 €	34,50 €	34,50 €
	Remboursement MGC	77,50 €	77,50 €	77,50 €	77,50 €
	Reste à charge (RAC)	**0,00 €**	**0,00 €**	**0,00 €**	**0,00 €**
17	**ÉQUIPEMENT OPTIQUE DE CLASSE B (ÉQUIPEMENT HORS 100% SANTÉ) : MONTURE ET VERRES SIMPLES**				
	Dépense (Prix moyen national de l'acte)	339,00 €	339,00 €	339,00 €	339,00 €
	Remboursement AMO (Retraité SNCF affilié à la CPRP-SNCF)	0,15 €	0,15 €	0,15 €	0,15 €
	Remboursement MGC	0,00 €	129,85 €	179,85 €	219,85 €
	Reste à charge (RAC)	**338,85 €**	**209,00 €**	**159,00 €**	**119,00 €**
18	**ÉQUIPEMENT OPTIQUE DE CLASSE A (ÉQUIPEMENT 100% SANTÉ) : MONTURE ET VERRES PROGRESSIFS**				
	Dépense (Prix limite de vente)	210,00 €	210,00 €	210,00 €	210,00 €
	Remboursement AMO (Retraité SNCF affilié à la CPRP-SNCF)	63,00 €	63,00 €	63,00 €	63,00 €
	Remboursement MGC	147,00 €	147,00 €	147,00 €	147,00 €
	Reste à charge (RAC)	**0,00 €**	**0,00 €**	**0,00 €**	**0,00 €**
19	**ÉQUIPEMENT OPTIQUE DE CLASSE B (ÉQUIPEMENT HORS 100% SANTÉ) : MONTURE ET VERRES PROGRESSIFS**				
	Dépense (Prix moyen national de l'acte)	601,00 €	601,00 €	601,00 €	601,00 €
	Remboursement AMO (Retraité SNCF affilié à la CPRP-SNCF)	0,15 €	0,15 €	0,15 €	0,15 €
	Remboursement MGC	0,00 €	249,85 €	409,85 €	519,85 €
	Reste à charge (RAC)	**600,85 €**	**351,00 €**	**191,00 €**	**81,00 €**
20	**LENTILLES NON PRISES EN CHARGE PAR L'ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE**				
	Remboursement AMO (Retraité SNCF affilié à la CPRP-SNCF)	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
	Remboursement MGC	0,00 €	0,00 €	50,00 €	70,00 €
21	**CHIRURGIE RÉFRACTIVE : OPÉRATION CORRECTIVE DE LA MYOPIE NON REMBOURSÉE PAR L'ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE**				
	Dépense (Prix moyen national de l'acte)	2 000,00 €	2 000,00 €	2 000,00 €	2 000,00 €
	Remboursement AMO (Retraité SNCF affilié à la CPRP-SNCF)	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
	Remboursement MGC	0,00 €	0,00 €	200,00 €	600,00 €
	Reste à charge (RAC)	**2 000,00 €**	**2 000,00 €**	**1 800,00 €**	**1 400,00 €**
DENTAIRE					
22	**SOINS (HORS SOINS ET PROTHÈSES 100% SANTÉ) : DÉTARTRAGE, ...**				
	Dépense (Tarif conventionnel)	43,38 €	43,38 €	43,38 €	43,38 €
	Remboursement AMO (Retraité SNCF affilié à la CPRP-SNCF)	32,54 €	32,54 €	32,54 €	32,54 €
	Remboursement MGC	10,85 €	10,85 €	10,85 €	10,85 €
	Reste à charge (RAC)	**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 €
	Remboursement AMO (Retraité SNCF affilié à la CPRP-SNCF)	90,00 €	90,00 €	90,00 €	90,00 €
	Remboursement MGC	410,00 €	410,00 €	410,00 €	410,00 €
	Reste à charge (RAC)	**0,00 €**	**0,00 €**	**0,00 €**	**0,00 €**
24	**COURONNE CÉRAMO-MÉTALLIQUE SUR DEUXIÈMES PRÉMOLAIRES (HORS SOINS ET PROTHÈSES 100% SANTÉ)**				
	Dépense (Prix moyen national de l'acte)	537,48 €	537,48 €	537,48 €	537,48 €
	Remboursement AMO (Retraité SNCF affilié à la CPRP-SNCF)	90,00 €	90,00 €	90,00 €	90,00 €
	Remboursement MGC	30,00 €	180,00 €	230,00 €	280,00 €
	Reste à charge (RAC)	**417,48 €**	**267,48 €**	**217,48 €**	**167,48 €**
25	**COURONNE CÉRAMO-MÉTALLIQUE SUR MOLAIRES (HORS SOINS ET PROTHÈSES 100% SANTÉ)**				
	Dépense (Prix moyen national de l'acte)	537,48 €	537,48 €	537,48 €	537,48 €
	Remboursement AMO (Retraité SNCF affilié à la CPRP-SNCF)	90,00 €	90,00 €	90,00 €	90,00 €
	Remboursement MGC	30,00 €	150,00 €	180,00 €	230,00 €
	Reste à charge (RAC)	**417,48 €**	**297,48 €**	**267,48 €**	**217,48 €**
	Précisions : Les prothèses dentaires sont soumises à un plafond de remboursement mentionné dans le tableau des garanties				
26	**ORTHODONTIE (MOINS DE 16 ANS) : TRAITEMENT PAR SEMESTRE (6 MAX)**				
	Dépense (Prix moyen national de l'acte)	720,00 €	720,00 €	720,00 €	720,00 €
	Remboursement AMO (Retraité SNCF affilié à la CPRP-SNCF)	193,50 €	193,50 €	193,50 €	193,50 €
	Remboursement MGC	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
	Reste à charge (RAC)	**526,50 €**	**526,50 €**	**526,50 €**	**526,50 €**

Suite du tableau page suivante >

		MGC EXPRESS FUTÉ	MGC SENIOR EXPRESS 160	MGC SENIOR EXPRESS 280	MGC SENIOR EXPRESS 320
27	**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 €
	Remboursement AMO (Retraité SNCF affilié à la CPRP-SNCF)	80,63 €	80,63 €	80,63 €	80,63 €
	Remboursement MGC	26,88 €	276,88 €	406,88 €	526,88 €
	Reste à charge (RAC)	**1 532,50 €**	**1 282,50 €**	**1 152,50 €**	**1 032,50 €**
	AIDES AUDITIVES				
28	**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 €
	Remboursement AMO (Retraité SNCF affilié à la CPRP-SNCF)	400,00 €	400,00 €	400,00 €	400,00 €
	Remboursement MGC	550,00 €	550,00 €	550,00 €	550,00 €
	Reste à charge (RAC)	**0,00 €**	**0,00 €**	**0,00 €**	**0,00 €**
29	**AIDE AUDITIVE DE CLASSE II PAR OREILLE**				
	Dépense (Prix moyen national de l'acte)	1 476,00 €	1 476,00 €	1 476,00 €	1 476,00 €
	Remboursement AMO (Retraité SNCF affilié à la CPRP-SNCF)	400,00 €	400,00 €	400,00 €	400,00 €
	Remboursement MGC	0,00 €	0,00 €	0,00 €	600,00 €
	Reste à charge (RAC)	**1 076,00 €**	**1 076,00 €**	**1 076,00 €**	**476,00 €**
	PRÉVENTION ET MÉDECINES ALTERNATIVES				
30	**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 €
	Remboursement AMO (Retraité SNCF affilié à la CPRP-SNCF)	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
	Remboursement MGC	160,00 €	60,00 €	120,00 €	140,00 €
	Reste à charge (RAC)	**40,00 €**	**140,00 €**	**80,00 €**	**60,00 €**
31	**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 €
	Remboursement AMO (Retraité SNCF affilié à la CPRP-SNCF)	20,00 €	21,00 €	22,00 €	23,00 €
	Remboursement MGC	55,00 €	0,00 €	40,00 €	50,00 €
	Reste à charge	**0,00 €**	**55,00 €**	**15,00 €**	**5,00 €**

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

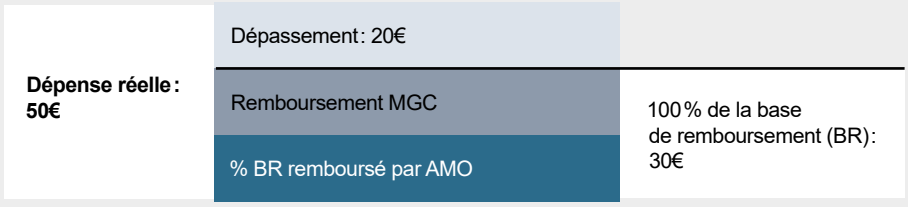
De nombreux soins et équipements (consultations, lunettes...) sont facturés librement par les praticiens. Les prix peuvent dépasser le tarif défini par l'AMO. On parle alors de dépassement d'honoraires. Ce dernier n'est pas pris en charge par l'AMO. Il peut l'être par la mutuelle MGC si votre garantie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

QUELLE PRISE EN CHARGE DE VOS DÉPASSEMENTS ?

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

La garantie MGC SENIOR EXPRESS 320, par exemple, prévoit un remboursement allant jusqu'à 300% de la BR (y compris la part de l'AMO), soit jusqu'à 90 € pour une BR fixée à 30 € (300% x 30 € = 90 € moins la participation forfaitaire de 1€ = 89 €). 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 MGC SENIOR EXPRESS 320, il sera de 200% au lieu de 300%.



La mutuelle 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.
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).

POUR DIMINUER VOS DÉPENSES DE SANTÉ

DES LUNETTES, PROTHÈSES DENTAIRES ET AIDES AUDITIVES REMBOURSÉES INTÉGRALEMENT

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, prothèses dentaires et aides auditives appartenant à un panier de soins réglementairement défini : « le panier 100% santé ».

Ces lunettes, prothèses dentaires et aides auditives sont proposées par tous les opticiens et chirurgiens-dentistes conventionnés. Il suffit d'être couvert par une complémentaire santé dite « responsable » pour en bénéficier.

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

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

LUNETTES, PROTHÈSES DENTAIRES, ORTHODONTIE… MOINS CHÈRES* AVEC SANTÉCLAIR

Par l'intermédiaire des services Santéclair, la mutuelle 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 chères 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 aux 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 2020. Données issues de l'analyse des devis hors réseau constatés par Santéclair en France en 2020

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 plus de 3 000 opticiens partenaires 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 (Collection « NOCLE »).

POUR SE SOIGNER EN TOUTE TRANQUILLITÉ

DES SERVICES QUI SIMPLIFIENT LA VIE

Espace adhérent en ligne

Votre contrat en temps réel 7/7 et 24/24 : modifier vos informations personnelles, consulter vos 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

Téléconsultations sans limite de nombre 7/7 et 24/24 grâce à MySantéclair

Guide interactif de l'automédication

Des conseils pour traiter vous-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, conseil social…

Club avantages

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

Application mobile

La mutuelle MGC met à votre disposition une version application mobile de son espace adhérent sécurisé.
Simple, pratique et rapide, tous vos services MGC sont dorénavant accessibles depuis votre smartphone :

- Téléchargement de vos documents contractuels (carte de mutuelle, tableau des garanties…).
- Envoi de vos factures, demandes de devis ou de prise en charge via la messagerie intégrée.
- Consultation de vos remboursements en temps réel.
- Modification de vos informations personnelles.
- Accès à de nombreux services pour gérer et réduire vos dépenses de santé (géolocalisation d'un professionnel de santé, téléconsultation, deuxième avis médical, conseils automédication, coaching sportif, nutrition,…).

UNE GESTION EFFICACE AU QUOTIDIEN

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

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

*Enquête réalisée par l'institut INIT en novembre 2021

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 :

MGC SENIOR EXPRESS – 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 dite « AMO » (Assurance maladie obligatoire). Le produit respecte les conditions légales des contrats responsables.

Qu'est-ce qui est assuré ?

Les montants des prestations sont soumis à des plafonds qui 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.
- ✓ **Hospitalisation et maternité :** honoraires, frais de séjour, forfait journalier hospitalier, chambre particulière en médecine/chirurgie/obstétrique, convalescence, psychiatrie et ambulatoire, frais d'accompagnement, forfait patient urgences, participation forfaitaire sur les actes lourds, transport.
- ✓ **Optique :** lunettes (monture et/ou verres), lentilles de contact remboursées par l'AMO.
- ✓ **Dentaire :** soins dentaires, prothèses dentaires, orthodontie remboursée par l'AMO, implantologie, parodontologie.
- ✓ **Aides auditives.**
- ✓ **Prévention et médecines alternatives :** cure thermale, praticiens non remboursés par l'AMO (ostéopathe, psychologie, chiropracteur, podologue-pédicure…), prévention et dépistages.

Les garanties optionnelles

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

Soins courants et prescriptions médicales : pharmacie à service médical rendu (SMR) faible (remboursée à 15% par l'AMO), médicaments sur prescription médicale non remboursés par l'AMO, glucomètre.

Optique : lentilles de contact non remboursées par l'AMO, chirurgie réfractive et implant oculaire posé dans le cadre de l'opération de la cataracte.

Prévention et médecines alternatives : pharmacie en automédication.

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 immobilisation.
- ✓ Garde des enfants, des ascendants dépendants en cas d'hospitalisation.
- ✓ Rapatriement médical en France, rapatriement de corps en France et à l'étranger.

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 sauf mentions contraires.
- × 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 ?

Principales exclusions

- ! La participation forfaitaire de 1€ et les franchises sur les boites 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

- ! **Hospitalisation et maternité :** après 2 mois d'adhésion, chambre particulière sans limite en médecine/chirurgie/obstétrique et ambulatoire, limitée à 60 jours par an en convalescence et 30 jours par an en psychiatrie ; frais d'accompagnement limités à 21 jours par an.
- ! **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 entre 1 600 € et 1800 € par an pour les prothèses dentaires remboursées par l'AMO.
- ! **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 euros par appareil (dont ticket modérateur et participation AMO).
- ! **Médecines alternatives :** médecines alternatives limitées à 3, 5 et 6 séances (en fonction du niveau de garantie choisi) par an et par bénéficiaire. Consultations ostéopathie limitées entre 2 et 5 séances par an et par bénéficiaire. Bilans nutritionnels et consultations diététicien limités entre 3 et 6 séances par an et par bénéficiaire. Consultations podologie-pédicure limitées entre 3 et 5 séances par an et par bénéficiaire.

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 évènements suivants, dans les 15 jours qui suivent la date de leur survenance ou la date à laquelle j'en ai eu connaissance : changement d'adresse, modification de ma 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 renonciation 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 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 utilisé pour l'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 1er 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.

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 :

MGC EXPRESS FUTÉ – 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 dite « AMO » (Assurance maladie obligatoire). Le produit respecte les conditions légales des contrats responsables.

Qu'est-ce qui est assuré ?

Les montants des prestations sont soumis à des plafonds qui 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) médicaments sur prescription médicale non remboursés par l'AMO, prothèses, orthèses.
- ✓ **Hospitalisation et maternité :** honoraires, frais de séjour, forfait journalier hospitalier, chambre particulière en médecine/chirurgie/obstétrique, convalescence, psychiatrie et ambulatoire, frais d'accompagnement, forfait patient urgences, transport, participation forfaitaire sur les actes lourds.
- ✓ **Optique :** lunettes (monture et/ou verres), lentilles de contact remboursées par l'AMO.
- ✓ **Dentaire :** soins dentaires, prothèses dentaires, orthodontie remboursée par l'AMO, implantologie, parodontologie.
- ✓ **Aides auditives.**
- ✓ **Prévention et médecines alternatives :** cure thermale, pharmacie en automédication, praticiens non remboursés par l'AMO (ostéopathe, chiropracteur, podologue-pédicure…), prévention et dépistages.

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 immobilisation.
- ✓ Garde des enfants, des ascendants dépendants en cas d'hospitalisation.
- ✓ Rapatriement médical en France, rapatriement de corps en France et à l'étranger.

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 sauf mentions contraires.
- × 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 ?

Principales exclusions

- ! La participation forfaitaire de 1€ et les franchises sur les boites 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 des 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

- ! **Hospitalisation et maternité :** après 2 mois d'adhésion, chambre particulière sans limite en médecine/chirurgie/obstétrique et ambulatoire, limitée à 60 jours par an en convalescence et 30 jours par an en psychiatrie ; frais d'accompagnement limités à 21 jours par an.
- ! **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.
- ! **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 :** médecines alternatives limitées à 6 séances par an et par bénéficiaire. Consultations ostéopathie limitées 5 séances par an et par bénéficiaire. Bilans nutritionnels et consultations diététicien limités à 6 séances par an et par bénéficiaire. Consultations podologie-pédicure limitées à 5 séances par an et par bénéficiaire.

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 évènements suivants, dans les 15 jours qui suivent la date de leur survenance ou la date à laquelle j'en ai eu connaissance : changement d'adresse, modification de ma 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 renonciation 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 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 utilisé pour l'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 1er 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.

FICHE D'INFORMATION

1/5

Extrait des Statuts de la mutuelle MGC en vigueur au 01/01/2023 et du Règlement Mutualiste des gammes MGC EXPRESS FUTÉ, MGC EXPRESS et MGC SENIOR EXPRESS en vigueur au 01/01/2023

Les Statuts et le Règlement Mutualiste complets peuvent vous être adressés sur simple demande auprès d'un conseiller MGC. Ils sont également téléchargeables sur 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 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 et 13)

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 titulaires participent et votent à l'AG.

Chaque 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 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 : votre garantie (vos droits et obligations)

Qui peut souscrire la garantie ? (Art. 1)

- Peut souscrire à titre individuel, une garantie complémentaire santé, en tant que membre participant (Adhérent) :
  - toute personne affiliée ou assujettie au régime obligatoire d'assurance maladie français de la Caisse de Prévoyance et de Retraite du Personnel SNCF, ou affiliée à un régime obligatoire d'assurance maladie français et liée à la SNCF en qualité d'agent contractuel par un contrat de travail à durée déterminée strictement inférieure à 12 mois ou affiliée à un régime obligatoire d'assurance maladie français et retraitée ayant été liée à la SNCF en qualité d'agent contractuel, sans limitation d'âge, partageant l'esprit mutualiste et de solidarité sociale de la Mutuelle et ayant fait acte d'adhésion. Tout enfant âgé de plus de 16 ans, peut, sans l'intervention de son représentant légal, être inscrit comme membre participant conformément aux dispositions de l'article L.114-2 du Code de la Mutualité ;
  - le conjoint, le partenaire lié par pacte civil de solidarité ou le concubin d'une personne majeure affiliée ou assujettie au régime obligatoire d'assurance maladie Français de la Caisse de prévoyance et de retraite du Personnel SNCF sous réserve que cette dernière soit ayant droit bénéficiaire de la garantie souscrite au moment de l'adhésion, sans limitation d'âge, partageant l'esprit mutualiste et de solidarité sociale de la Mutuelle et ayant fait acte d'adhésion.
  - le conjoint, le partenaire lié par un pacte de solidarité ou le concubin du membre participant décédé sous réserve d'avoir bénéficié de l'une des formules de garantie de cette gamme, sans interruption de couverture, quel que soit son régime d'Assurance Maladie Obligatoire.
- Peuvent bénéficier des garanties, les ayants droit de l'Adhérent suivants :
  - Le conjoint de l'Adhérent, à défaut le partenaire lié par un pacte de solidarité (PACS), à défaut, le concubin de l'Adhérent.
  - 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 25e anniversaire (sans justificatif), quelle que soit leur situation (salariés ou non) ;
- les enfants jusqu'à leur 28e 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 garantie.

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 1er 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 1er 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(sent) 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.

En tout état de cause, la prise d'effet des garanties, mentionnée au bulletin d'adhésion est subordonnée à la réception d'un dossier d'adhésion signé et complet comprenant l'ensemble des pièces justificatives demandées.

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 1er 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)

La renonciation à votre adhésion est possible si celle-ci a été réalisée dans le cadre d'une vente à distance ou d'un démarchage à votre domicile, résidence ou lieu de travail.

Pour renoncer à son adhésion par lettre recommandée avec accusé de réception au siège de la Mutuelle, l'Adhérent dispose d'un **délai de quatorze jours calendaires révolus** qui court :

- **en cas d'adhésion réalisée dans le cadre d'une vente à distance** (ex : internet) : soit à compter du jour où l'adhésion a pris effet, soit à compter du jour où l'intéressé reçoit les conditions

FICHE D'INFORMATION

2/5

Extrait des Statuts de la mutuelle MGC en vigueur au 01/01/2023 et du Règlement Mutualiste des gammes MGC EXPRESS FUTÉ, MGC EXPRESS et MGC SENIOR EXPRESS en vigueur au 01/01/2023

d'adhésion et informations prévues à l'article L. 221-18 du Code de la mutualité si cette date est postérieure à la date de prise d'effet de l'adhésion ;

- **en cas d'adhésion réalisée dans le cadre d'un démarchage à son domicile, à sa résidence ou à son lieu de travail**, à compter du jour de la signature du bulletin d'adhésion.

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 garantie]. *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) (Art. art 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 au titre de la chambre particulière en établissement de santé (les établissements médico-sociaux et longs séjours n'étant pas pris en charge) dans les conditions prévues infra.**

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 1er janvier au 31 décembre, sauf dans le cas d'une adhésion en cours d'année. **L'adhésion se renouvelle ensuite par tacite reconduction le 1er 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 :

- au 1er 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 1er 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 1er 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 1er 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 évènements 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 régime d'assurance maladie obligatoire, changement de situation professionnelle, modification de la situation familiale ou de la composition de la famille inscrite, modification liée à votre situation professionnelle …

Sauf indications contraires, ces modifications sont prises en compte au plus tard au 1er 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 1er 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 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 1er 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.

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 ? (Art. 15.2 et 20)

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 20 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

FICHE D'INFORMATION

3/5

Extrait des Statuts de la mutuelle MGC en vigueur au 01/01/2023 et du Règlement Mutualiste des gammes MGC EXPRESS FUTÉ, MGC EXPRESS et MGC SENIOR EXPRESS en vigueur au 01/01/2023

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 21)

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 ou 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.

- Pour les bénéficiaires affiliés à la Caisse de Prévoyance et de Retraite du Personnel de la SNCF, la part de la Mutuelle est en principe versée directement par la Caisse de Prévoyance et de Retraite du Personnel de la SNCF pour certaines prestations, sur la base des justificatifs utiles qu'elle demande. Toutefois, pour les remboursements non pris en charge par l'Assurance Maladie (ex : consultation ostéopathe, protection pour l'incontinence), l'Adhérent adresse directement à la Mutuelle l'original de la facture acquittée accompagné le cas échéant des autres justificatifs demandés par la Mutuelle (exemple prescription médicale pour les produits homéopathiques).
- Pour les affiliés des autres régimes d'assurance maladie obligatoire et sous réserve de dispositions contraires prévues ci-dessus, les prestations sont réglées par la Mutuelle :
  - > 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.

En présence d'une prise en charge hospitalière ou d'une convention avec un établissement hospitalier, l'établissement hospitalier doit adresser sa facture :

- à la Mutuelle, lorsque le bénéficiaire est affilié à la Caisse de Prévoyance et de Retraite du Personnel de la SNCF ;
- à VIAMEDIS, prestataire de la Mutuelle, pour les autres cas.

Sauf usage du tiers payant, les prestations des 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 19).

Quelles sont les exclusions ? (Article 20)

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 rajeunissement, 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 ? (Art. 26.1 et 26.2)

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, de 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 3e 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 inclut des frais de gestion et d'acquisition et la taxe de solidarité additionnelle. Tout changement du taux de ces taxes entraîne automatiquement une modification du montant de la cotisation.

Comment évoluent les cotisations ? (Art. 26.3)

La cotisation évolue automatiquement chaque 1er 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 sur la page suivante.

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.

Comment est prélevée la cotisation ? (Article 27)

L'Adhérent est seul tenu à l'égard de la Mutuelle au paiement de la cotisation annuelle.

Pour l'Adhérent, agent de la S.N.C.F retraité ou réformé, affilié à la Caisse de Retraite et de Prévoyance du Personnel de la S.N.C.F, ce prélèvement est effectué dans les conditions prévues au bulletin d'adhésion, sur sa pension. Il conserve néanmoins la possibilité de payer sa cotisation dans les conditions suivantes :

- annuellement par chèque bancaire ;

ou

- mensuellement par prélèvement bancaire sur son compte bancaire, en vertu d'un mandat de prélèvement SEPA dûment signé, conformément à l'échéancier de cotisations.

La périodicité du prélèvement est mentionnée sur l'échéancier de cotisations.

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 en se rendant sur le site https ://www.mediateur-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, WORLDLINE, Immeuble River Ouest, 80 quai Voltaire, 95063 BEZONS

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

Les Données à Caractère Personnel de l'adhérent ainsi que celles de ses ayants droit bénéficiaires recueillies par la Mutuelle, ci-après les « DCP », font l'objet de traitements (automatisés ou non automatisés) nécessaires aux finalités poursuivies par la Mutuelle, en sa qualité de Responsable de traitement, mentionnées dans la Charte de protection des données à caractère personnel.

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 ces 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, l'adhérent ainsi que l'ayant droit bénéficiaire disposent :

- d'un droit d'accès, de rectification, d'effacement et de portabilité des données le 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 ses DCP après son 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 mutuelle 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.dpo@m-g-c.com.

L'adhérent ou l'Ayant droit bénéficiaire peut également contacter le Délégué à la Protection des données personnelles de la Mutuelle aux coordonnées suivantes :

service.dpo@m-g-c.com.

En cas de réclamation sur la gestion de ses données personnelles, l'adhérent ou l'ayant droit bénéficiaire a également la possibilité de contacter la CNIL.

Pour avoir plus de précisions sur les finalités de traitement, les bases juridiques sur lesquelles ceux-ci reposent, l'adhérent ou l'ayant droit bénéficiaire peut consulter le règlement mutualiste ou la Charte de protection des données à caractère personnel en se rendant sur le site de la mutuelle MGC ou l'obtenir sur demande.

Extrait des Statuts de la mutuelle MGC en vigueur au 01/01/2023 et du Règlement Mutualiste des gammes MGC EXPRESS FUTÉ, MGC EXPRESS et MGC SENIOR EXPRESS en vigueur au 01/01/2023

Évolution des cotisations en fonction de l'âge atteint par les bénéficiaires au 1er janvier (Art. 26.3)

La cotisation évolue automatiquement chaque 1er janvier en fonction de l'âge atteint par le Membre participant et le cas échéant de son conjoint, concubin ou cosignataire d'un PACS.

Le palier d'augmentation lié à l'âge s'opère comme suit :

Pour la gamme MGC EXPRESS FUTÉ :

	MGC EXPRESS FUTÉ
Affiliés du régime général	
De 25 à 34 ans	De +0,6% à +0,7%
De 35 à 74 ans	De +0,8% à +3,8%
Cheminots actifs affiliés à la CPRP-SNCF	
De 25 à 34 ans	De +2,0% à +2,1%
De 35 à 65 ans	De +0,8% à +3,8%
Cheminots retraités et ayants droit	
Affiliés à la CPRP-SNCF	
De 25 à 34 ans	+1,9%
De 35 à 74 ans	De +0,8% à +5,9%
Affiliés du régime Alsace Moselle	
De 25 à 34 ans	De +0,6% à +0,7%
De 35 à 80 ans	De +0,9% à +3,8%

Pour la gamme MGC EXPRESS :

	MGC EXPRESS *170*	MGC EXPRESS *250*	MGC EXPRESS *300*
Affiliés du régime général			
De 25 à 34 ans	+0,7%	+1,0%	+2,1%
De 35 à 74 ans	+2,7%	+2,5%	+2,3%
Cheminots actifs affiliés à la CPRP-SNCF			
De 25 à 34 ans	+2,0%	+2,7%	+2,5%
De 35 à 65 ans	+2,6%	+2,5%	+2,3%
Cheminots retraités et ayants droit			
Affiliés à la CPRP-SNCF			
De 25 à 34 ans	+1,9%	+1,5%	+2,0%
De 35 à 74 ans	+2,6%	+2,3%	+2,2%
Affiliés du régime Alsace Moselle			
De 25 à 34 ans	+0,6%	+1,0%	+2,1%
De 35 à 74 ans	+2,4%	+2,2%	+2,1%

Pour la gamme MGC SENIOR EXPRESS :

	MGC SENIOR EXPRESS 160	MGC SENIOR EXPRESS 280	MGC SENIOR EXPRESS 320
Affiliés du régime général			
De 57 ans à 62 ans	De +1,0% à +6,4%	De +1,0% à +6,3%	De +1,0% à +6,3%
De 63 ans à 67 ans	De +0,9% à +1,1%	De +2,3% à +2,5%	De +2,5% à +2,8%
De 68 ans à 72 ans	De +1,5% à +1,7%	De +2,1% à +2,3%	+0,9%
De 73 ans à 77 ans	De +3,4% à +3,7%	De +1,2% à +1,3%	De +1,7% à +1,8%
De 78 ans à 80 ans	De +2,6% à +2,8%	De +1,4% à +1,5%	+2,3%
Affiliés à la CPRP- SNCF			
De 57 ans à 62 ans	De +1,0% à +6,4%	De +1,0% à +6,3%	De +1,0% à +6,3%
De 63 ans à 67 ans	De +3,3% à +3,9%	De +2,4% à +2,7%	De +1,8% à +2,0%
De 68 ans à 72 ans	+1,2%	De +2,9% à +3,5%	De +0,3% à +0,4%
De 73 ans à 77 ans	De +4,9% à +6,1%	+0,2%	De +2,0% à +2,2%
De 78 ans à 80 ans	De +1,9% à +2,1%	De +4,6% à +5,0%	+0,6%
Affiliés au Régime Local Alsace-Moselle			
De 57 ans à 62 ans	De +1,0% à +6,4%	De +1,1% à +6,4%	De +1,0% à +6,4%
De 63 ans à 67 ans	De +0,9% à +1,1%	De +2,8% à +3,1%	De +2,9% à +3,2%
De 68 ans à 72 ans	De +1,5% à +1,7%	De +2,3% à +2,6%	+0,7%
De 73 ans à 77 ans	De +3,4% à +3,8%	+0,4%	De +1,3% à +1,4%
De 78 ans à 80 ans	De +2,6% à +2,8%	De +0,9% à +1,0%	+0,6%

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 1re 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 1re 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 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'événement 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, psychothérapique, 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.

Ces garanties d'assistance sont assurées par MUTUAIDE ASSISTANCE - SA au capital de 12 558 240 € entièrement versé - Entreprise régie par le Code des Assurances, immatriculée au Registre du Commerce et des Sociétés de Créteil sous la référence 383 974 086 et située 8/14 avenue des Frères Lumière - 94368 Bry sur Marne Cedex, et sont régies par le Code des Assurances.

MUTUALITÉ FRANÇAISE
MEMBRE DE LA

Mutuelle Générale des Cheminots (MGC), mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du Code de la Mutualité, SIREN n° 775 678 550, dont le Siège social est situé 2 et 4 place de l'Abbé G.Henocque 75013 Paris, et au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution, ACPR, située 4 Place de Budapest - CS 92459 - 75436 Paris Cedex 09 **Réf: GUIDE_PROD_SEN-XPRS_2023-02**