

Votre offre santé MGC

Gamme MGC futé
2025



mutuelleMGC.fr
Mutuelle depuis 1883 !



Table des matières

Guide pratique	4
Optam, optam co, 100% Santé. Faisons le point !	4
Exemple d'un parcours Futé.....	5
Zoom sur les services MGC	6
Tableau des garanties	7
Mes remboursements	11
Quelques explications.....	11
Exemples de remboursement	12
Fiche IPID	16

MGC Futé

Il n'est jamais trop tôt pour entretenir son capital santé !

À la mutuelle MGC, nous nous engageons à vous en donner les moyens.

Nous vous proposons MGC FUTÉ, **une offre à prix modéré** qui prend en charge les **médecines douces et la prévention**.

Le principe ?

- **Consultez des praticiens conventionnés** (OPTAM et OPTAM-co) dont les tarifs sont « maîtrisés »
- **Profitez des offres 100% santé**

Et bénéficiez de remboursements optimaux pour vos soins médicaux, dentaires, optiques et auditifs **en plus de forfaits pour la médecine alternative et pour la prévention**

***MGC Futé c'est la solution idéale
pour ceux qui souhaitent préserver leur bonne santé !***

Optam, optam co, 100% Santé. Faisons le point !

Les praticiens des dispositifs de pratiques tarifaires maîtrisées (OPTAM-OPTAM-CO) sont des professionnels qui se sont engagés à limiter leurs dépassements d'honoraires dans des conditions établies par la convention. Leurs tarifs sont généralement inférieurs à ceux des praticiens qui ne sont pas dans ces dispositifs.

Le dispositif OPTAM (Option Pratique Tarifaire Maîtrisée) et OPTAM-co (Option Pratique Tarifaire Maîtrisée pour les chirurgiens et obstétriciens) a été mis en place par l'Assurance Maladie pour encourager les professionnels de santé à maîtriser leurs tarifs et à limiter les dépassements d'honoraires. Le but ? Maîtriser les dépenses de santé et favoriser le maintien d'un accès aux soins de qualité à tous et à moindre coût.



Le 100% santé est un dispositif mis en place par le gouvernement français en 2019 pour garantir à tous les bénéficiaires de contrats responsables un accès à des équipements de santé de qualité sans reste à charge. En effet, **tous les équipements qui composent le panier 100% Santé sont pris en charge intégralement** par la Sécurité sociale et les complémentaires santé.

La réforme du 100% Santé concerne les équipements optiques, dentaires et auditifs.

Bon à savoir : le professionnel de santé que vous consultez est en principe tenu de vous proposer :

- Une offre 100% santé, qui sera intégralement remboursée ;
- Une offre hors 100% santé, moins bien remboursée, à chaque fois que l'alternative thérapeutique existe.



MGC Futé c'est aussi un pack prévention et médecine alternative inclus.

Le pack Prévention et Médecine Alternative MGC FUTÉ c'est une autre façon d'aborder la santé et l'opportunité de s'engager dans une démarche vertueuse en privilégiant la prévention.



Automédication : 60€ par an

✓ Le + MGC → Liberté de Choix : Bénéficiez de 60€ par an pour des produits d'automédication de votre choix (médicaments compris dans la liste automédication figurant sur votre tableau de garantie) , vous permettant de prendre en charge votre santé de manière proactive pour traiter des maux connus ou bénins.



Homéopathie : 40€ par an

✓ Le + MGC → Forfait dédié : Obtenez un remboursement de 40€ par an pour les frais liés à l'homéopathie, vous permettant d'explorer des alternatives de soins doux et personnalisés.



Forfaits pour le sevrage tabagique

✓ Le + MGC → Double coup de pouce MGC : Bénéficiez d'un forfait de 30€ par an pour vous aider dans votre démarche pour un mode de vie sans tabac associé au service « coaching bien-être » proposé par notre partenaire Santéclair.



Praticiens non remboursés par l'AMO : 40€/séance - 6 séances/an

✓ Le + MGC → Diversité des Praticiens : Explorez une variété de médecines non conventionnelles telles que la psychologie, l'acupuncture, etc., (voir liste de praticiens sur votre tableau de garantie) avec 6 séances par an remboursées à hauteur de 40€ chacune, favorisant une approche globale de votre bien-être.

Exemple d'un parcours Futé

Je consulte un médecin spécialiste :	OPTAM	NON OPTAM
Exemple de tarif de consultation	57€	70€
<i>Base de remboursement de la Sécurité sociale (BRSS)</i>	30€	30€
<i>Remboursement Sécurité Sociale</i>	21€ (70% de 30€)	21€ (70% de 30€)
<i>Remboursement MGC Futé</i>	36€	9€
Total remboursement Sécurité sociale + MGC Futé	57€	30€
Reste à charge	0€*	40€*



*Hors participation forfaitaire de 2€

Zoom sur les services MGC



Des Services pour votre Santé

Téléconsultation, deuxième avis médical, analyse de symptômes, automédication, coaching (nutrition, sommeil et sportif) via notre partenaire Santéclair ; info et outils prévention pour devenir acteur de sa santé (webinaires, podcasts, newsletter, etc).



Des Services pour faire des économies

Accès à un réseau de professionnels de santé (Santéclair) en optique, dentaire et audioprothèse, proposant des tarifs préférentiels sans avance de frais (tiers payant) et du matériel de qualité ; Analyse de devis Santé, achat de lentilles en ligne à tarifs préférentiels ;



Des services en cas de coup dur

Un dispositif d'aides financières pour faire face aux aléas de la vie, l'assistance à domicile en cas d'hospitalisation ou d'immobilisation, des solutions prévoyances grâce à des partenaires de confiance.



Des avantages exclusifs sur vos achats

Grâce au Club avantages MGC dédié aux adhérents, vous bénéficiez de réductions sur vos loisirs, la culture, le bien-être, les cartes cadeaux multi-enseignes, etc.



Un espace adhérent pour vous faciliter la vie

Téléchargez votre carte mutualiste de tiers payant. Effectuez vos démarches en ligne et obtenez des réponses directement dans votre messagerie. Consultez vos remboursements. Localisez un professionnel de santé. Consultez vos garanties et gérez votre contrat. Accédez à tous les services du réseau de soins Santéclair.

3 raisons de choisir la MGC



140 ans d'expérience en complémentaire santé



89% de nos adhérents recommandent la MGC ⁽¹⁾



270 000 personnes couvertes par nos complémentaires santé

(1) Résultats du baromètre de satisfaction adhérent mené par l'institut INIT en Novembre 2023

GAMME FUTÉ

Tableau des garanties 2025

Garanties applicables au 1^{er} janvier 2025

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 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 (12 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 ⁽³⁾		frais réels
SANTÉCLAIR Téléconsultation : Consultation rapide en vidéo 24/7 avec un médecin généraliste ou spécialiste, autant que nécessaire et sans frais.		
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%, (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 ⁽³⁾		frais réels
Forfait Patient Urgences ⁽⁴⁾		frais réels
Forfait journalier hospitalier :		
Forfait journalier des établissements hospitaliers (par jour)		frais réels
Chambre particulière (délai de stage de 2 mois)⁽⁵⁾ :		
- en médecine/chirurgie/obstétrique (durée illimitée)		30€/jour
- en soins de suite et de réadaptation (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 ⁽⁶⁾ 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⁽⁷⁾ (2 verres et 1 monture) tous les 24 mois, ramenés à 12 mois pour les enfants de moins de 16 ans, et à 6 mois pour les enfants de moins de 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 ou de la réfraction et dans les situations énumérées par la réglementation, il peut être dérogé à ces délais.

Équipement « 100 % santé »⁽⁸⁾ :

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

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



Chez tous les opticiens partenaires Santéclair^{#1} : **Une solution tout compris sans reste à charge « OFFRECLAIR »**, avec des montures éco-responsables origine France garantie et des verres de grandes marques avec anti-rayures et anti-reflets, et amincis si nécessaire.

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

- | | |
|--|------|
| - Monture de classe B | 100% |
| - Verre de classe B ⁽⁹⁾ | 100% |
| - Prestation d'adaptation de la correction réalisée par l'opticien | 100% |
| - Supplément pour verres avec filtre | 100% |



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

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

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

Autres prestations :

- | | |
|---|------|
| Lentilles remboursées par l'AMO et produits de nettoyage remboursés par l'AMO ⁽¹⁰⁾ | 100% |
|---|------|



Dans les centres de chirurgie réfractive partenaires Santéclair[#] : **bénéficiez d'une technique de pointe, à des tarifs préférentiels** pour corriger vos troubles visuels.

DENTAIRE

Soins :

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

Soins et prothèses « 100 % santé »⁽⁸⁾ :

- | | |
|--|---|
| 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% |



Chez les chirurgiens-dentistes partenaires Santéclair[#] :

tarifs négociés pour les prothèses dentaires les plus fréquentes à prix libres^{#2}.

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% |



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

* si remboursé par l'AMO.

** correspond à l'année civile.

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 »⁽⁸⁾ :

Aides auditives relevant du panier « 100 % santé »

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

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

Aides auditives à prix libres (classe II)

100%



Chez tous les audioprothésistes partenaires Santéclair #1 :
bénéficiez du tiers-payant et **jusqu'à 35% d'économies sur l'intégralité des gammes d'appareils auditifs.**

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 ⁽¹¹⁾

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)⁽¹²⁾

60€/an**

Praticiens de santé non remboursés par l'AMO sur présentation d'une facture mentionnant le n° ADELI ou RPPS du
professionnel de santé : 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**

Actes de prévention remboursés par l'AMO

100%



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

SERVICES



Assistance (voir la notice d'information)

oui



Services et réseaux de professionnels de la santé Santéclair (Téléconsultation, prix négociés...)

oui



Club Avantages (réductions sur cinéma, billetterie, loisirs...)

oui

* si remboursé par l'AMO.

** correspond à l'année civile.

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

Conditions de remboursement

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

- > Le remboursement de vos soins se fait toujours dans la limite de la dépense engagée : votre remboursement total (AMO + MGC) ne peut pas être supérieur au montant que vous avez dépensé.
- > Dans le cadre des contrats responsables, la mutuelle MGC ne vous rembourse pas les franchises médicales et la participation forfaitaire de 2€ sur les consultations.
- > La mutuelle MGC ne rembourse pas les soins et les actes médicaux dont le fait générateur (date de la prescription médicale, 1^{er} jour d'hospitalisation...) intervient avant la date d'effet de l'adhésion.
- > La mutuelle MGC ne rembourse pas les montants au-delà des prix limites de vente ou honoraires limites de facturation pour les soins et actes relevant du panier « 100% santé » ou du panier « honoraires maîtrisés ».

Légendes du tableau

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

2 - Consultations effectuées auprès d'un psychologue conventionné et référencé dans l'annuaire mis en ligne sur le site Mon soutien psy (<https://monsoutienpsy.ameli.fr/recherche-psychologue>).

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.
- 3 - Pour les actes dont le tarif est ≥ à 120 € ou ayant un coefficient ≥ à 60, l'adhérent s'acquitte en principe d'une participation forfaitaire de 24 euros. Cette participation forfaitaire de 24 euros est intégralement prise en charge par la mutuelle, sauf dans le cas où elle est remboursée par le régime obligatoire.**

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 - Concernant spécifiquement la chambre particulière en soins de suite et de réadaptation, celle-ci doit figurer dans l'annuaire du site sanitaire-social.com, répertoriant la liste complète des centres de soins de suite et de réadaptation. En cas d'hospitalisation du membre participant ou de son ayant droit bénéficiaire, la mutuelle MGC prend en charge, le cas échéant, les frais de location d'un téléviseur pour une durée maximale de 30 jours. Cette garantie est accessible dès lors qu'il y a hospitalisation, sans limitations quant au nombre d'hospitalisations dans l'année. Si l'établissement hospitalier facture un forfait « chambre particulière incluant la télévision », la mutuelle MGC prendra en charge, en

supplément, les frais de location de télévision au tarif de 4,10€ dans la mesure où l'établissement hospitalier est dans l'incapacité d'établir une facture détaillée. Cette prise en charge est limitée à 30 jours maximum par hospitalisation. Dans le cas où l'établissement fournit une facture détaillée, les frais de location de la télévision seront pris en charge, en supplément, à hauteur de la dépense réelle dans la limite de 30 jours par hospitalisation.

6 - En tout état de cause, seuls les repas fournis par l'établissement hospitalier pourront faire l'objet d'une prise en charge.

7 - 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.

8 - Tels que définis réglementairement

9 - 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.

10 - Pour les affiliés à la CPRP ferroviaire : la participation versée par la CPRP ferroviaire 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.

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

12 - Liste applicable à partir du 1^{er} janvier 2025, établie en date du 02/09/2024, 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 médicament (= générique).

Les noms en *italique* sont des médicaments d'homéopathie

Allergie > rhinite : Alairgix Allergie Cetirizine, Alairgix Rhinite Allergique Cromoglicate de Sodium, **Cetirizine**, Cromorhinol, Drill Allergie Cetirizine, Humex Allergie Cetirizine, Humex Allergie Loratadine, Humex Rhume des foies à la Beclometasone, **Loratadine**, Polaramine, Reactine, Zyrtecset

Allergie > conjonctivite collyre : Allergiflash, Allergocomod, Cromabak, Cromadoses, Cromofree, **Cromoglicate de Sodium**, Cromoptic, Humex Conjonctivite Allergique, Levofree, Levophta, Multicrom, Naabak, Naaxia, Naaxiafree, Ophthacalm, Ophthacalmfree, Opticron

Antalgiques : Advil, Advilcaps, Advilmed, Alka Seltzer, Antarene, Aspegic, **Aspirine**, Aspro, Aspro Cafeine, Cefaline, Claradol, Claradol Cafeine, Dafalgan, Dafalgancaps, Dafalgantabs, Doliprane, Dolipraneliquiz, Dolipraneorodoz, Dolipranetabs, Dolco, Efferalgan, Efferalganmed, Ibupradol, **Ibuprofene**, Nurofen, Nurofenaps, Nurofenem, Nurofenflash, Nurofentabs, **Paracetamol**, Paralyoc, Prontadol, Spedifen, Spifen, Toprec

Anxiété, troubles sommeil, dépression légère : Anxemil, Arkogelules Eschscholtzia, Arkogelules Houblon, Arkogelules Valeriane, Biocarde, **Biomag**, Cardiocalm, Donormyl,

Doxylamine, Euphytose, **Gelsemium Complex N°70 Lehning**, Granions de Lithium, **Homeogene 46, L72**, Lidene, Oligosol Lithium, **Passiflora Compose**, Passiflorine, Santamed N9, **Sedatif Pc**, Sedinax, **Somnidoron**, Spasmine, **Stressdoron**, Sympathyl, **Zenalia**

Troubles digestifs > diarrhée : Diaretyl, Diarfix, Diastrolib, Imodiumcaps, Imodiumduo, Imodiumlingual, Imodiumliquicaps, **Loperamide**, **Racecadotril**, Tiorfast,

Troubles digestifs > constipation : Duphalac, Eductyl, Forlax, Huile de Paraffine, Importal, **Lactulose**, Lansoyl, Laxamalt, **Macrogol**, Melaxose, Movicol, Parapsyllium, Psylla, Psyllium Langlebert, Restrical, Sorbitol delalande, Spagulax, Transipeg, Transipeglib, Transulose

Troubles digestifs > digestion difficile : Acticarbine, Arginine Veyron, Carbolevure, **Caromithe**, Chophytol, Citrate de Betaine, **Gastrocynesine**, **Nux Vomica Compose**, Oddibil, Oxyboldine, Sorbitol delalande,

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

Troubles digestifs > ventre douloureux (spasmes) : Dolospasmyl, Meteospasmyl, Meteoxane, **Phloroglucinol**, Spasfon Lyoc, Spasfon, Spasmocalm

Troubles digestifs > brûlure estomac : *Alginat de Sodium / Bicarbonate de Sodium*, Carbosymag, Gaviscon, Gavisconell, Gavisconpro, Ipraalox, Maalox Maux Estomac, Maalox Reflux, Marga, Mopralpro, Moxydar, Neutricid, **Omeprazole**, **Pantoprazole**, Phosphalugel, Rennie deflatine, Rennie, Xolaam

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

Erythème fessier : Eosine acqueuse, Aloplastine, Avène Cicalfate lotion réparatrice antibactérienne, dermalibour + CICA Aderma crème réparatrice, Lutsine Eryplast, Uriage Bariederma CICA, Uriage Bébé 1^{er} spray CU-ZN

Poussées dentaires : Camilia, dentinea, Dolodent

Panier autotest et surveillance
Test de grossesse : Clearblue digital, Clearblue plus
Dépistage infection urinaire : Uritest, BIOSYNEX Exacto infection urinaire

Dépistage cannabis : BIOSYNEX Exacto autotest cannabis, Autotest salivaire THC

Dépistage infections virales : Autotest COVID, Autotest combiné COVID + grippe

Surveillance pression artérielle : Autotensiomètre quelle que soit la marque (pharmacie). La prise en charge de la mutuelle est limitée à un appareil par famille et par an. En tout état de cause, la prise en charge sera limitée au forfait disponible et prévu par le poste automédication.

Mes remboursements

Quelques explications

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).

Mais 100% ne signifie pas forcément 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 votre garantie MGC Futé dans le cadre du respect du parcours OPTAM-OPTAMco et du 100% santé.



Bon à savoir

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 2€ sur les consultations,
- les pénalités appliquées par l'AMO en dehors du parcours de soins coordonnés.

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

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

Les % indiqués sur le tableau de garanties correspondent

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

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

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

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

MGC EXPRESS
FUTÉ

SOINS COURANTS

1 Consultation médecin traitant généraliste pour un patient de plus de 18 ans en secteur 1.

Dépense (Tarif conventionnel)	26,50
Remboursement AMO (Retraité SNCF affilié à la CPRP ferroviaire)	18,88
Remboursement MGC	6,63
Reste à charge (RAC)	1,00

Précision : 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)	33,50
Remboursement AMO (Retraité SNCF affilié à la CPRP ferroviaire)	25,13
Remboursement MGC	8,38
Reste à charge (RAC)	0,00

3 Consultation pédiatre pour enfant de moins de 6 ans (médecin adhérent OPTAM ou OPTAM-co).

Dépense (Tarif conventionnel)	49,00
Remboursement AMO (Retraité SNCF affilié à la CPRP ferroviaire)	25,13
Remboursement MGC	23,88
Reste à charge (RAC)	0,00

4 Consultation pédiatre pour enfant de 2 à 16 ans en secteur 2 (médecin non adhérent OPTAM ou OPTAM-co).

Dépense (Prix moyen national de l'acte)	64,00
Remboursement AMO (Retraité SNCF affilié à la CPRP ferroviaire)	17,25
Remboursement MGC	5,75
Reste à charge (RAC)	41,00

5 Consultation médecin spécialiste pour un patient de plus de 18 ans en ophtalmologie en secteur 1.

Dépense (Tarif conventionnel)	31,50
Remboursement AMO (Retraité SNCF affilié à la CPRP ferroviaire)	22,63
Remboursement MGC	7,88
Reste à charge (RAC)	1,00

Précision : 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)	65,00
Remboursement AMO (Retraité SNCF affilié à la CPRP ferroviaire)	16,25
Remboursement MGC	5,75
Reste à charge (RAC)	43,00

Précision : Le RAC comprend la participation forfaitaire de 1€ laissée à votre charge par l'AMO.

7 Consultation médecin spécialiste pour un patient de plus de 18 ans en gynécologie (médecin adhérent OPTAM ou OPTAM-CO)

Dépense (Prix moyen national de l'acte)	52,00
Remboursement AMO (Retraité SNCF affilié à la CPRP ferroviaire)	22,63
Remboursement MGC	28,37
Reste à charge (RAC)	1,00

Précision : 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)	25,99
Remboursement AMO (Retraité SNCF affilié à la CPRP ferroviaire)	24,40
Remboursement MGC	0,00
Reste à charge (RAC)	1,59

9 Trois boîtes de médicaments à service médical rendu (SMR) faible (vignette orange).

Dépense (Tarif conventionnel)	52,80
Remboursement AMO (Retraité SNCF affilié à la CPRP ferroviaire)	38,10
Remboursement MGC	0,00
Reste à charge (RAC)	14,70

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

HOSPITALISATION**10 Forfait journalier hospitalier (hébergement).**

Dépense (Tarif réglementaire)	20,00
Remboursement AMO (Retraité SNCF affilié à la CPRP ferroviaire)	0,00
Remboursement MGC	20,00
Reste à charge	0,00

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

Dépense (Prix moyen en hôpital public)	60,00
Remboursement AMO (Retraité SNCF affilié à la CPRP ferroviaire)	0,00
Remboursement MGC	30,00
Reste à charge (RAC)	30,00

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

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

Dépense (Prix moyen national de l'acte)	794,12
Remboursement AMO (Retraité SNCF affilié à la CPRP ferroviaire)	794,12
Remboursement MGC	0,00
Reste à charge (RAC)	0,00

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

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

Dépense (Prix moyen national de l'acte)	422,00
Remboursement AMO (Retraité SNCF affilié à la CPRP ferroviaire)	271,70
Remboursement MGC	150,30
Reste à charge (RAC)	0,00

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

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

Dépense (Prix moyen national de l'acte)	463,00
Remboursement AMO (Retraité SNCF affilié à la CPRP ferroviaire)	271,70
Remboursement MGC	0,00
Reste à charge (RAC)	191,30

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

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

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

OPTIQUE**16 Equipement optique de classe A (équipement 100 % santé) : monture et verres simples.**

Dépense (Prix limite de vente)	115,00
Remboursement AMO (Retraité SNCF affilié à la CPRP ferroviaire)	34,50
Remboursement MGC	80,50
Reste à charge (RAC)	0,00

17 Equipement optique de classe B (équipement hors 100 % santé) : monture et verres simples.

Dépense (Prix moyen national de l'acte)	356,00
Remboursement AMO (Retraité SNCF affilié à la CPRP ferroviaire)	0,15
Remboursement MGC	0,00
Reste à charge (RAC)	355,85

18 Equipement optique de classe A (équipement 100 % santé) : monture et verres progressifs.

Dépense (Prix limite de vente)	210,00
Remboursement AMO (Retraité SNCF affilié à la CPRP ferroviaire)	63,00
Remboursement MGC	147,00
Reste à charge (RAC)	0,00

19 Equipement optique de classe B (équipement hors 100 % santé) : monture et verres progressifs.

Dépense (Prix moyen national de l'acte)	620,00
Remboursement AMO (Retraité SNCF affilié à la CPRP ferroviaire)	0,15
Remboursement MGC	0,00
Reste à charge (RAC)	619,85

20 Lentilles non prises en charge par l'assurance maladie obligatoire.

Dépense (Prix moyen national de l'acte)	148,00
Remboursement AMO (Retraité SNCF affilié à la CPRP ferroviaire)	0,00
Remboursement MGC	0,00
Reste à charge (RAC)	148,00

21 Chirurgie réfractive : opération correctrice de la myopie non remboursée par l'assurance maladie obligatoire.

Dépense (Prix moyen national de l'acte)	1 000,00
Remboursement AMO (Retraité SNCF affilié à la CPRP ferroviaire)	0,00
Remboursement MGC	0,00
Reste à charge (RAC)	1 000,00

DENTAIRE**22 Soins (hors soins et prothèses 100 % santé) : détartrage...**

Dépense (Tarif conventionnel)	43,38
Remboursement AMO (Retraité SNCF affilié à la CPRP ferroviaire)	32,54
Remboursement MGC	10,84
Reste à charge (RAC)	0,00

23 Couronne céramo-métallique sur incisives, canines et premières prémolaires (prothèse 100 % santé).

Dépense (Honoraires limite de facturation)	500,00
Remboursement AMO (Retraité SNCF affilié à la CPRP ferroviaire)	90,00
Remboursement MGC	410,00
Reste à charge (RAC)	0,00

24 Couronne céramo-métallique sur molaires (hors soins et prothèses 100 % santé).

Dépense (Prix moyen national de l'acte)	554,00
Remboursement AMO (Retraité SNCF affilié à la CPRP ferroviaire)	90,00
Remboursement MGC	30,00
Reste à charge (RAC)	434,00

Précision : Les prothèses dentaires sont soumises à un plafond de remboursement mentionné dans le tableau des garanties.

25 Orthodontie (moins de 16 ans) : traitement par semestre (6 max).

Dépense (Prix moyen national de l'acte)	698,00
Remboursement AMO (Retraité SNCF affilié à la CPRP ferroviaire)	193,50
Remboursement MGC	0,00
Reste à charge (RAC)	504,50

26 Implant dentaire non pris en charge par l'AMO à 1100€ et couronne sur implant prise en charge par l'AMO à 540€ (prothèse céramométallique 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
Remboursement AMO (Retraité SNCF affilié à la CPRP ferroviaire)	80,63
Remboursement MGC	26,88
Reste à charge (RAC)	1 532,50

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

Dépense (Prix limite de vente)	950,00
Remboursement AMO (Retraité SNCF affilié à la CPRP ferroviaire)	400,00
Remboursement MGC	550,00
Reste à charge (RAC)	0,00

28 Aide auditive de classe II par oreille.

Dépense (Prix moyen national de l'acte)	1 565,00
Remboursement AMO (Retraité SNCF affilié à la CPRP ferroviaire)	400,00
Remboursement MGC	0,00
Reste à charge (RAC)	1 165,00

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

Dépense	200,00
Remboursement AMO (Retraité SNCF affilié à la CPRP ferroviaire)	0,00
Remboursement MGC	160,00
Reste à charge (RAC)	40,00

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

Dépense	55,00
Remboursement AMO (Retraité SNCF affilié à la CPRP ferroviaire)	0,00
Remboursement MGC	55,00
Reste à charge	0,00

ASSURANCE COMPLÉMENTAIRE SANTÉ

Document d'information sur le produit d'assurance

Produit assuré par: Mutuelle Générale des Cheminots (MGC), Mutuelle régie par le code de la mutualité et soumise aux dispositions de son Livre II, inscrite au répertoire SIRENE sous le numéro 775 678 550.

Produit:

MGC 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.



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, implantologie et parodontologie remboursés.
- ✓ **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.

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 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 âgées dépendantes (EHPAD).



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

Principales exclusions

- ! La participation forfaitaire de 2€ et les franchises sur les boîtes de médicaments, actes paramédicaux et transport.
- ! La majoration du ticket modérateur et les dépassements d'honoraires si les dépenses de santé sont réalisées en dehors du parcours de soins.
- ! Les dépassements d'honoraires 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.
- ! La minoration prévue au deuxième alinéa de l'article L.322-5 du code de la sécurité sociale pour refus de transport partagé

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, s'agissant de l'adhésion à distance, à compter du jour où l'adhésion a pris effet, ou à compter du jour de la réception de l'ensemble de la documentation contractuelle (si cette date est postérieure à la date de prise d'effet de l'adhésion). S'agissant de l'adhésion à la suite d'un démarchage, le délai de 14 jours commence à courir à compter du jour de la signature du bulletin d'adhésion.

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



Comment puis-je résilier le contrat ?

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

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

Extrait des Statuts de la MGC en vigueur au 01/07/2024 et du Règlement Mutualiste de la Gamme Essentiel – Confort – Sérénité de la Gamme ZEN, de la Gamme MGC FUTÉ et de la gamme RITMAVIE en vigueur au 01/07/2024

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

Extrait des Statuts : Fonctionnement de la Mutuelle

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

Objet

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

Gouvernance

La Mutuelle est composée de membres participants et de membres honoraires.

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

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

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

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

Chaque délégué titulaire dispose d'une seule voix à l'Assemblée générale.

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

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

Le CA se réunit au moins 3 fois par an. Il détermine les orientations de la Mutuelle et veille à leur application. Il se saisit de toute question intéressant la bonne marche de la Mutuelle. Le CA élit parmi ses membres un Président qu'il peut révoquer à tout moment. Le Président organise et dirige les travaux du CA dont il rend compte à l'AG. Il engage les dépenses et représente la Mutuelle en justice. (Articles 31 à 55)

Extrait du Règlement Mutualiste : 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) :
- L'ayant-droit d'un membre participant contraint de démissionner de la Mutuelle pour une raison indépendante de sa volonté, affilié à un régime obligatoire d'assurance maladie français. Dans ce cas, l'ayant droit conservera l'ancienneté acquise par l'ancien membre participant qui lui avait ouvert les droits ;
- Concernant spécifiquement la gamme MGC FUTÉ : le conjoint, le partenaire lié par un pacte civil de solidarité ou le concubin du Membre participant décédé sous réserve d'avoir bénéficié des garanties de cette gamme, sans interruption de couverture, quel que soit son régime d'Assurance Maladie Obligatoire.
- Toute personne physique majeure, affiliée à un régime obligatoire d'assurance maladie français, sans limitation d'âge. L'enfant âgé de plus de 16 ans, peut, sans l'intervention de son représentant légal, être inscrit comme membre participant (art. L.114-2 du Code de la Mutualité).
- Peuvent bénéficier des garanties, les ayants droit de l'Adhérent suivants :
- Le conjoint de l'Adhérent, à défaut le partenaire lié par un pacte civil 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 25^e anniversaire (sans justificatif), quelle que soit leur situation (salariés ou non) ;
 - > les enfants jusqu'à leur 28^e anniversaire s'ils poursuivent des études et sont affiliés à un régime étudiant de Sécurité sociale ou, à titre subsidiaire, à tout autre régime d'assurance maladie obligatoire ;
 - > les enfants quel que soit leur âge s'ils sont atteints d'un handicap, défini à l'article L.241-1 du Code de l'Action Sociale et des Familles les mettant dans l'impossibilité d'exercer une activité professionnelle et de percevoir un salaire imposable.

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

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

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

- au 1^{er} jour suivant la date de signature (y compris électronique) du Bulletin d'adhésion sous réserve

que celui-ci parvienne complété et signé à la Mutuelle dans les 10 jours suivant cette date ;
- au 1^{er} jour suivant la date de réception du dossier complet dans le cas contraire.

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

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

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 le 1^{er} jour suivant la date de signature du bulletin d'adhésion modificatif, sous réserve que celui-ci parvienne complété et signé à la mutuelle dans les 10 jours suivant cette date. Toutefois, dans le cas de l'inscription d'un enfant nouveau-né, l'adhésion prend effet au jour de la naissance, si l'adhésion intervient dans les 30 jours de sa naissance.

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

En cas d'adhésion réalisée dans le cadre d'une vente à distance (ex : internet), l'Adhérent dispose d'un délai de quatorze jours calendaires révolus soit à compter du jour où l'adhésion a pris effet, soit à compter du jour où l'intéressé reçoit les conditions d'adhésion et informations prévues à l'article L. 221-18 du Code de la Mutualité si cette date est postérieure à la date de prise d'effet de l'adhésion pour renoncer à son adhésion par lettre recommandée avec accusé réception au siège de la Mutuelle. L'Adhérent n'a pas à justifier ses motifs ni à supporter de pénalités. Si ce délai expire un samedi, un dimanche ou un jour férié ou chômé, il est prorogé jusqu'au premier jour ouvrable suivant.

En cas de renonciation, la garantie est résiliée à compter de la date d'effet de l'adhésion et les dispositions suivantes s'appliquent :

Si des prestations ont été versées, l'Adhérent s'engage à rembourser la Mutuelle des montants perçus dans un délai de trente jours ;

Si des cotisations ont été perçues, la Mutuelle les rembourse à l'Adhérent dans un délai de trente jours.

En cas d'adhésion réalisée dans le cadre d'un démarchage à son domicile, à sa résidence ou à son lieu de travail, l'Adhérent dispose d'un délai de quatorze jours calendaires révolus à compter du jour de la signature du bulletin d'adhésion pour renoncer à son adhésion par lettre recommandée avec accusé réception au siège de la Mutuelle.

Extrait des Statuts de la MGC en vigueur au 01/07/2024 et du Règlement Mutualiste de la Gamme Essentiel – Confort – Sérénité de la Gamme ZEN, de la Gamme MGC FUTÉ et de la gamme RITMAVIE en vigueur au 01/07/2024

En cas de renonciation, l'adhésion prend alors fin à compter de la date de réception de la lettre précitée. La Mutuelle rembourse les sommes versées par l'Adhérent dans un délai de 30 jours à compter du jour où l'adhésion prend fin, sous déduction de la partie de la cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque a couru, qui reste due par l'Adhérent.

L'Adhérent ne peut plus exercer ce droit de renonciation lorsqu'il a connaissance de la réalisation d'un risque mettant en jeu la garantie.

L'intégralité de la cotisation reste due à la Mutuelle si l'Adhérent exerce son droit de renonciation alors que la réalisation d'un risque mettant en jeu la garantie et dont il n'a pas eu connaissance est intervenu pendant le délai de renonciation.

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

Je soussigné(e) [Nom, prénom, adresse et numéro d'adhérent], demeurant [adresse] déclare renoncer à mon adhésion à la garantie Complémentaire santé - [nom de la formule] conclue le [date] auprès de la mutuelle MGC.

Fait le [date] signature

Les prestations sont-elles soumises à un délai d'attente (délai de stage) (Art. 3 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 au règlement mutualiste.**

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

L'adhésion à la garantie Complémentaire santé est annuelle et produit effet du 1^{er} janvier au 31 décembre, sauf dans le cas d'une adhésion en cours d'année.

L'adhésion se renouvelle ensuite par tacite reconduction le 1^{er} janvier de chaque année, quelle que soit la date d'adhésion initiale sauf dénonciation par l'Adhérent, dans les conditions de l'article 6.1 du présent règlement.

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 1^{er} jour suivant la date de signature (y compris

électronique) du Bulletin d'adhésion modificatif sous réserve que celui-ci parvienne complété et signé à la Mutuelle dans les 10 jours suivant cette date ;

- au 1^{er} jour suivant la date de réception du dossier complet dans le cas contraire,

pour lui-même et ses Ayants droit éventuels et ce pour une durée minimale d'une année.

Toutefois, le changement de garantie ou de gamme peut intervenir avant l'expiration du délai d'un an sur présentation de justificatifs lorsqu'il s'agit d'un changement lié aux événements exceptionnels suivants :

- modification de la situation familiale de l'Adhérent ;
- changement de régime obligatoire ;
- bénéfice ou perte d'aide au financement de la Complémentaire santé ;
- rupture du contrat de travail de l'Adhérent ;
- demande de liquidation des droits à l'assurance vieillesse de l'Adhérent ;

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

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

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

À NOTER : Toute mutation de la gamme RITMAVIE vers une autre gamme est définitive. L'Adhérent ne peut revenir ultérieurement à la gamme RITMAVIE initialement souscrite.

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**, 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, modification de la situation familiale ou de la composition de la famille inscrite....

Sauf indications contraires, ces modifications sont prises en compte au plus tard au 1^{er} jour du mois suivant la réception du courrier.

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 joignant à la Mutuelle

au moins deux mois avant la date d'échéance, soit le 31 octobre au plus tard. La démission prend effet au 1^{er} jour de l'année suivante.

Par ailleurs, l'Adhérent peut dénoncer son adhésion, dans les 20 jours qui suivent l'envoi de l'avis d'échéance annuelle de cotisation, si ce dernier lui est adressé moins de 15 jours avant le 31 octobre ou après cette date (art. L221-10-1 du Code la Mutualité). Le délai de dénonciation court à partir de la date d'envoi de l'avis d'échéance (cachet de la poste horodatage certifié).

L'Adhérent, qui bénéficie d'un régime collectif complémentaire santé à adhésion obligatoire peut demander sa démission, en cours d'année, sous réserve de la production d'une attestation employeur. La résiliation de la garantie prend effet au plus tôt au 1^{er} jour du mois qui suit la notification par l'Adhérent de sa demande dûment justifiée.

Si l'Adhérent bénéficie de la Complémentaire Santé Solidaire, il peut demander qu'il soit mis fin à son adhésion sous réserve de produire l'attestation d'ouverture des droits à la Complémentaire Santé Solidaire. La résiliation de la garantie prend alors effet à la date d'ouverture des droits à la Complémentaire Santé Solidaire.

En cas de changement de domicile, de situation matrimoniale, de régime matrimonial, de profession, ou en cas de retraite professionnelle ou de cessation définitive d'activité professionnelle : lorsque l'adhésion a pour objet la garantie des risques en relation directe avec la situation antérieure du Membre participant et qui ne se retrouvent pas dans sa situation nouvelle, le membre participant peut dénoncer son adhésion.

Dans ce cas, la fin de l'adhésion ne peut intervenir que dans les trois mois suivant la date de l'évènement ou la date de sa révélation. La dénonciation prend effet un mois après la réception de sa notification, sous réserve que le Membre participant ait adressé à la Mutuelle toutes les précisions de nature à établir que la résiliation est en relation directe avec ledit évènement.

Après expiration d'un délai d'un an à compter de son adhésion, l'Adhérent peut démissionner et mettre fin à son Adhésion à tout moment, en notifiant lui-même ou en faisant notifier par son nouvel assureur, sa décision à la Mutuelle. La démission prend effet un mois après la réception de cette notification.

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

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

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

Les garanties sont-elles solidaires et responsables? (Art.15-2 et 20)

Les garanties complémentaires santé des gammes Essentiel-Confort-Sérénité, Zen et MGC Futé sont solidaires et responsables, à l'exception de la formule « ZEN HOSPI » laquelle est non-responsable.

En raison de leur caractère solidaire, aucun recueil d'informations médicales n'est opéré par la Mutuelle

Extrait des Statuts de la MGC en vigueur au 01/07/2024 et du Règlement Mutualiste de la Gamme Essentiel – Confort – Sérénité de la Gamme ZEN, de la Gamme MGC FUTÉ et de la gamme RITMAVIE en vigueur au 01/07/2024

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.

En raison de leur caractère responsable, les garanties respectent les exclusions (prévues à l'article 20 cité ci-après) 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 des assurés l'Adhérent ou ses Ayants droit définie à l'article R.160-5 du Code de la Sécurité sociale pour les actes et prestations couverts par l'Assurance Maladie Obligatoire, y compris les prestations liées à la prévention (ticket modérateur). Toutefois, cette prise en charge n'est pas obligatoire pour les cures thermales, les dépenses de médicaments dont la prise en charge par l'Assurance Maladie Obligatoire est fixée à 15% ou à 30% ainsi que pour les spécialités et préparations homéopathiques. En conséquence, le montant remboursé par la Mutuelle pour ces derniers postes de dépenses dépend de la garantie souscrite, définie au tableau des garanties remis à l'Adhérent.
- l'intégralité du forfait journalier mentionné à l'article L.174-4 du Code de la Sécurité sociale en établissements hospitaliers ou médico-sociaux, sans limitation de durée.
- les frais exposés, en sus des tarifs de responsabilité, pour les soins dentaires prothétiques ou d'orthopédie dentofaciale et pour certains dispositifs médicaux à usage individuel admis au remboursement, notamment les dispositifs d'optique médicale et les aides auditives selon les conditions et dans la limite des plafonds et planchers fixés à l'article R.871-2 du Code de la Sécurité sociale et au tableau des garanties.

Les garanties permettent à Adhérent et à ses Ayants droit 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.

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

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

Versement des prestations par la Mutuelle :

- > Pour les Bénéficiaires affiliés à la Caisse de Prévoyance et de Retraite du Personnel Ferroviaire, la part de la Mutuelle est en principe versée directement par la Caisse de Prévoyance et de Retraite du Personnel Ferroviaire 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 la facture acquittée accompagnée le cas échéant des autres justificatifs demandés par la Mutuelle (par 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 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 Ferroviaire ;
- à VIAMEDIS, prestataire de la Mutuelle, pour les autres cas.

Délais de versement :

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

Relevé des prestations :

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 ;

la minoration prévue au deuxième alinéa de l'article L.322-5 du code de la sécurité sociale pour refus de transport partagé.

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 prothèses dentaires provisoires ou transitoires non prises en charge par l'assurance maladie obligatoire ;
- 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 médicosociaux (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, soins de suite et de réadaptation, 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

Extrait des Statuts de la MGC en vigueur au 01/07/2024 et du Règlement Mutualiste de la Gamme Essentiel – Confort – Sérénité de la Gamme ZEN, de la Gamme MGC FUTÉ et de la gamme RITMAVIE en vigueur au 01/07/2024

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 3^e enfant.

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

Le montant des cotisations inclut des frais 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, 27.2, 27.3, 27.4 et suivants)

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

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 payée la cotisation ? (Article 29)

L'Adhérent est seul tenu à l'égard de la Mutuelle au paiement de la cotisation annuelle. La cotisation est payable d'avance annuellement par chèque bancaire ou mensuellement par prélèvement bancaire sur le compte bancaire de l'Adhérent, en vertu d'un mandat de prélèvement SEPA dûment signé, conformément à l'échéancier de cotisations.

Toutefois, si l'Adhérent est un agent retraité ou réformé du personnel Ferroviaire, affilié à la Caisse de Retraite et de Prévoyance du personnel Ferroviaire, ce prélèvement est effectué dans les conditions prévues au bulletin d'adhésion, sur sa pension.

Que se passe-t-il en cas de non paiement de la cotisation ? (Article 30)

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

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

Réclamation, médiation et démarchage téléphonique (Article 12)

Une réclamation se définit comme l'expression d'un mécontentement envers la Mutuelle quel que soit l'interlocuteur ou le service auprès duquel elle est formulée. Elle peut émaner de toute personne, y compris en l'absence de relation contractualisée avec le professionnel : membres participants ou honoraires tels que définis à l'article 9 des Statuts, anciens adhérents, bénéficiaires, personnes ayant sollicité de la Mutuelle la fourniture d'un produit ou service ou qui ont été sollicités par la Mutuelle, y compris ses mandataires et leurs ayants droit. Une demande de service ou de prestation, d'information ou d'avis n'est pas une réclamation.

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

Les réclamations peuvent lui être adressées comme suit :

Par voie postale, à l'adresse suivante :

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

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

Via l'onglet contact du site internet de la Mutuelle.

Après épuisement des voies de recours au sein de la Mutuelle, vous pouvez saisir le Médiateur de la Mutualité Française :

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

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

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

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

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

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

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

Les Données à Caractère Personnel de l'adhérent ainsi que celles de ses Ayants droit 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, à ses avocats ou personnes en charge de représenter ses intérêts, ainsi qu'aux présidents de ses comités locaux) 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 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 adresse une lettre simple à la MGC à l'attention de Direction Juridique et Conformité, 2 - 4 Place de l'Abbé Georges Hénocque 75637 PARIS Cedex 13 ou par mail à l'adresse suivante : service.dpo@m-g-c.com. En cas de doute raisonnable sur l'identité du demandeur, un justificatif d'identité pourra le cas échéant être demandé par la MGC.

En cas de réclamation sur la gestion de ses données personnelles, l'adhérent ou l'Ayant droit a également la possibilité de contacter la CNIL. Pour avoir plus de précisions sur les finalités des traitements, les bases juridiques sur lesquelles ceux-ci reposent, l'adhérent ou l'Ayant droit peut consulter le règlement mutualiste ou la Charte de protection des données à caractère personnel en se rendant sur le site de la MGC ou l'obtenir sur demande.



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

La cotisation évolue automatiquement chaque 1^{er} 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 FUTÉ

		MGC EXPRESS Futé
Affiliés du régime général	De 25 à 34 ans	De +0,6% à +0,7%
	De 35 à 80 ans	De +0,8% à +3,8%
Cheminots actifs affiliés à la CPRP Ferroviaire	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 Ferroviaire	De 25 à 34 ans	+1,9%
	De 35 à 80 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%

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

ADHÉRENTS INDIVIDUELS – 30 HEURES – N°3785

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

Qui sont les Bénéficiaires ?

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

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

Quelle est la couverture géographique ?

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

Quelle est la durée de couverture ?

Les garanties d'assistance sont acquises :

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

Quels sont les principaux événements générateurs ?

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

Quelles sont les principales garanties ?

Aide-Ménagère : 30 heures réparties sur 30 jours

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

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

En cas de décès du Bénéficiaire ou de son conjoint

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

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

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

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

En cas de décès du Bénéficiaire ou de son conjoint

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

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

En cas de décès du Bénéficiaire ou de son conjoint

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

En cas d'évènement traumatisant

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

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

Soutien scolaire : 30 heures

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

Service d'information

Informations pratiques et juridiques en toutes circonstances

Service Infos Parents pendant la grossesse et après l'accouchement

Accompagnement médico-social en cas d'évènement traumatisant

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

Informations pratiques avant le départ en voyage

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

Rapatriement médical lors d'un déplacement en France

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

Quelles sont les principales exclusions ?

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

Lors d'un déplacement :

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

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.

Comment contacter la MGC ?



Par téléphone

01 40 78 57 10

du lundi au jeudi de 9h00 à 18h00
et le vendredi de 9h00 à 17h30



Retrouvez-nous aussi en agence

AGENCE MGC PARIS 13

14 rue des peupliers, 75013 PARIS

AGENCE MGC DE PARIS EST

6 rue du Château-Landon, 75010 PARIS

AGENCE MGC DE BORDEAUX

35 rue Charles Domercq, 33800 BORDEAUX

AGENCE MGC DE LYON

167 cours Lafayette, 69006 LYON

AGENCE MGC DE MARSEILLE

8 rue de la Rotonde, 13001 MARSEILLE
(à l'angle de l'avenue de la grande armée)

AGENCE MGC DE RENNES

37 avenue Jean Janvier, 35000 RENNES