



Mutuelle Centrale des Finances

Mutuelle n° 302 976 568

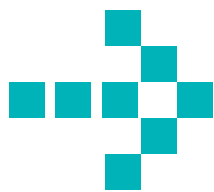
Régie par le livre II du Code de la Mutualité

Règlement maladie

Offre MCF Prévention

2018





RÈGLEMENT MALADIE

SECTION I – Prestations

Article 1 - Les adhérents ont le choix entre les trois offres santé suivantes :

- MCF Santé ;
- MCF Santé Plus ;
- MCF Prévention.

Pour chacune de ses offres, une grille prestataire spécifique est établie et reprise dans le présent règlement.

La durée minimale de séjour dans une offre est de deux ans et toute demande de changement doit être présentée avant le 30 septembre de l'année précédant celle où l'adhérent souhaite que ce changement d'offre prenne effet.

Ce délai de deux ans n'est pas appliqué aux adhérents éligibles à l'Aide pour une Complémentaire Santé (ACS), qui peuvent changer d'offre santé dès l'obtention de l'ACS et revenir à l'offre initiale dès que l'ACS prend fin. Cette disposition s'applique à compter du 1^{er} août 2015.

Les adhérents dont le conjoint bénéficie d'un contrat groupe d'entreprise couvrant obligatoirement sa famille peuvent opter, en cours d'année, pour les offres suivantes :

- OPTIQUE Plus

et/ou

- CHIRURGIE Plus.

L'offre OPTIQUE Plus permet de compléter les remboursements effectués par la Sécurité sociale et la Mutuelle principale de l'adhérent afin que le reste à charge pour les verres soit égal à zéro. L'offre CHIRURGIE Plus permet de compléter les remboursements effectués par la Sécurité sociale et la Mutuelle principale de l'adhérent afin que le reste à charge pour les actes chirurgicaux effectués en milieu hospitalier soit égal à zéro.

Compte-tenu des prestations proposées, les offres OPTIQUE Plus et CHIRURGIE Plus ne sont pas éligibles à la notion de contrats responsables et, à ce titre, ne peuvent pas bénéficier d'une taxation minorée.

Les prestations du service « Frais de Maladie » viennent en complément des prestations en nature d'assurance maladie et d'assurance maternité servies par l'assurance maladie obligatoire et ce, dans la limite du prix payé.

Toutefois, dans certains cas, la Mutuelle peut être amenée à participer au remboursement de frais de santé non pris en charge par le régime obligatoire. Ces participations sont indiquées dans les grilles prestataires de chaque offre.

À compter de l'entrée en vigueur respective de la Classification Commune des Actes Médicaux (CCAM), pour les soins ambulatoires, et de la tarification à l'activité (T2A), pour les soins hospitaliers, les nouvelles grilles de prestation (grilles CCAM/T2A) se substituent aux anciennes grilles ci-dessous (grille NGAP, pour les soins ambulatoires ; tarification au prix de journée, pour les soins hospitaliers), maintenues en vigueur jusqu'à réalisation de cette condition suspensive.

Dans le cadre de la CCAM, pour les risques ambulatoires, la participation de la Mutuelle est limitée au montant du ticket modérateur correspondant à la différence entre la base de remboursement risque obligatoire et la participation de la Sécurité sociale. Pour les remboursements de frais pharmaceutiques, la Mutuelle intervient en complément de l'assurance maladie obligatoire, soit sur la base du tarif forfaitaire de responsabilité, lorsqu'il en existe

un, soit sur la base du tarif public pour les autres médicaments, dans les conditions et limites fixées dans les grilles prestataires de chaque offre santé.

Conformément aux règles instaurées par l'article 56 de la LFSS 2014, pour la qualification des contrats solidaires et responsables, le remboursement des équipements d'optique médicale est limité à un équipement par an pour les enfants de moins de 18 ans et à un équipement tous les deux ans pour les adhérents et leurs bénéficiaires de plus de 18 ans.

Pour le calcul de ces délais est retenu la date de renouvellement des contrats « Frais de Maladie », à savoir, le 1^{er} janvier de l'année civile au cours de laquelle le premier achat a eu lieu (exemple si un équipement d'optique adulte est remboursé en 2015, un nouvel équipement ne pourra être remboursé que s'il est acheté en 2017). La gestion du risque hospitalisation est réalisée dans le cadre des conventions de la M.F.P.

La gestion du risque dentaire est réalisée dans le cadre des conventions de la M.F.P., avec maintien des participations MCF lorsqu'elles permettent d'accorder un meilleur remboursement aux adhérents.

Les soins reçus à l'étranger par les élèves de l'Ecole Nationale d'Administration, lors des stages de formation obligatoires, sont couverts par la Mutuelle, de telle sorte que le reste à charge de l'adhérent soit limité à 10% des dépenses totales, exception faite des soins prothétiques et des dépenses d'optique médicale pour lesquels la grille statutaire s'applique sans dérogation.

Pour les adhérents bénéficiant du régime obligatoire servi par la caisse de compensation des prestations familiales des accidents du travail et de prévoyance des travailleurs de Nouvelle Calédonie (CAFAT) ou de la CPS (Caisse de Prévoyance Sociale), la participation de la Mutuelle est égale au montant du ticket modérateur laissé à leur charge par cet organisme. Pour les soins non pris en charge par la CAFAT ou la CPS mais donnant lieu à remboursement par le régime obligatoire de la Sécurité sociale, la participation de la Mutuelle sera égale à ce qui est prévu dans la grille prestataire correspondant à l'offre choisie par l'adhérent.

Article 2 – Contrats responsables

Les offres santé MCF Santé, MCF Santé Plus et MCF Prévention sont toutes éligibles à la notion de contrats solidaires et responsables.

À ce titre, d'une part, il n'y a aucune sélection médicale lors de la souscription de ces trois offres et, d'autre part, ses grilles prestataires sont établies dans le respect des règles instaurées par la loi L2004-810 du 13 août 2004 et l'article 56 de la LFSS 2014.

En particulier :

1. La Mutuelle ne prend pas en charge :
 - La participation forfaitaire pour les consultations et les actes médicaux dispensés par les médecins généralistes et spécialistes en ville, dans un établissement ou un centre de santé et pour les actes de biologie (article 20 de la loi L2004-810 du 13 août 2004) ;
 - Les franchises médicales mentionnées au III de l'article L322-2 du Code de la Sécurité sociale, applicable dans les conditions et limites prévues par les lois et règlements, lors de l'achat d'un médicament mentionné aux articles L.5111-2, L.5121-1 et L.5126-4 de Code de la Santé Publique, à l'exception de ceux délivrés au cours d'une hospitalisation ; aux

actes effectués par un auxiliaire médical, soit en ville, soit dans un établissement ou un centre de santé, à l'exclusion des actes pratiqués au cours d'une hospitalisation et aux transports mentionnés au 2° de l'article L.321-1 du Code de la Sécurité sociale effectués en véhicule sanitaire terrestre ou taxi, à l'exception des transports d'urgence (article 52 de la loi L.2007-1786 du 19 décembre 2007) ;

- La majoration de la participation des assurés en cas de recours direct à un médecin autre que le médecin traitant (article 7 de la loi L.2004-810 du 13 août 2004), à savoir les actes effectués hors parcours de soins ;
- Le ticket modérateur en cas de refus d'accès au dossier médical personnel (article 3 de la loi L.2004-810 du 13 août 2004) ;
- Le ticket modérateur en cas de non présentation du protocole de soins dans les affections de longue durée (article 6 de la loi L.2004-810 du 13 août 2004) ;
- Les dépassements d'honoraires sur le tarif des actes et consultations en cas de recours à un médecin spécialisé sans prescription préalable du médecin traitant (article 8 de la loi L.2004-810 du 13 août 2004).

2. La Mutuelle prend en charge :

- Les actes de prévention mentionnés dans l'arrêté du 8 juin 2006 pris pour application de l'article L.871-1 du Code de la Sécurité sociale et fixant la liste des prestations de prévention prévues à l'article R.871-2 du même code ;
- L'intégralité du ticket modérateur pour tous les actes remboursables par l'assurance maladie obligatoire (sauf les médicaments remboursés à 15%) effectués dans le cadre du parcours de soins ;
- Le forfait journalier en cas d'hospitalisation, sans limitation ;
- La participation forfaitaire de 18 € (décret 2006-707 du 19 juin 2006) s'appliquant aux actes dont le tarif est égal ou supérieur à 120 € ou ayant un coefficient égal ou supérieur à 50 ;
- Les dépassements de tarif en optique médicale dans le respect des plannings et plafonds et dans la limite d'un équipement tous les deux ans (sauf en cas d'évolution de la vue et pour les mineurs - pour ces derniers, un équipement par an est autorisé), règles instaurées par l'article 56 de la LFSS 2014 et précisées par le décret du 19 novembre 2014 - Pour le calcul de ce délai de deux ans est retenu la date de renouvellement des contrats « Frais de Maladie », à savoir, le 1^{er} janvier de l'année civile au cours de laquelle le premier achat a eu lieu (exemple si un équipement d'optique adulte est remboursé en 2015, un nouvel équipement ne pourra être remboursé que s'il est acheté en 2017) ;
- Lorsque la garantie prévoit une participation aux dépassements d'honoraires, si le professionnel de santé n'a pas signé l'Option de Pratique Tarifaire Maîtrisée (OPTAM et OPTAM CO), la participation ne peut être supérieure à 100% du tarif de base de la Sécurité sociale et, si le professionnel de santé a signé l'Option de Pratique Tarifaire Maîtrisée, la participation Mutuelle est supérieure de 20%, au minimum, de celle prévue pour ceux n'ayant pas signé ce contrat.

Par ailleurs, la Mutuelle communique annuellement aux assurés le montant et la composition des frais de gestion et d'acquisition.

Article 3 - La garantie du service « Frais de Maladie » s'étend obligatoirement et seulement à tous les membres de la famille du membre participant ou du bénéficiaire cotisant, qualifiés d'ayants droit au sens de la législation de la Sécurité sociale.

Toutefois, en cas de divorce ou de séparation, la réglementation de la Sécurité sociale autorise la double affiliation des enfants, sur le compte de leur père et sur celui de leur mère. Aussi, le membre participant ou le bénéficiaire cotisant se trouvant dans cette situation, peut demander, justificatif à l'appui, que ses enfants ayants droit ne bénéficient pas de la couverture mutualiste complémentaire.

Article 4 - Le remboursement des dépenses de maladie par la Mutuelle ne peut être supérieur au montant des frais restant à la

charge effective de l'adhérent. Il s'effectue, pour les bénéficiaires cotisants, sur présentation des décomptes originaux établis par leur Caisse d'Assurance Maladie.

SECTION II – Cotisations

Article 5 - La cotisation mensuelle du service « frais de maladie » du membre participant âgé de moins de 35 ans est fixée forfaitairement, sans tenir compte des revenus. Celle du membre participant de 35 ans et plus, est fixée forfaitairement selon les tranches de ressources figurant aux tableaux ci-après, annexés au présent règlement, et en tenant compte du nombre de personnes garanties.

Est retenu pour les membres participants actifs le montant total des ressources (salaire + primes + indemnités) perçues au cours de l'année n-2.

Les adhérents doivent communiquer avant le 30 septembre de chaque année les justificatifs de leurs nouvelles ressources. À défaut, la cotisation plafond est appliquée.

Est retenu pour les retraités, membres participants et bénéficiaires cotisants, le montant brut de l'ensemble des pensions perçues, à l'exclusion des majorations spécifiques définitives.

La cotisation mensuelle du service « Frais de Maladie » des bénéficiaires cotisants non retraités est fixée forfaitairement. Celle des bénéficiaires cotisants, veufs ou veuves d'un membre participant, et celle des bénéficiaires cotisants indépendants tiennent également compte du nombre de personnes garanties.

Ces cotisations sont dues intégralement du premier jour du mois d'inscription.

La radiation des bénéficiaires cotisants, conjoints, partenaires liés par un pacte civil de solidarité, concubins ou enfants d'un membre participant, et celle des ayants droit, ne peuvent intervenir avant la date de dépôt de la demande.

À défaut de présentation des documents nécessaires à la détermination des tranches de ressources définies au tableau ci-après, c'est la cotisation plafond qui sera appliquée.

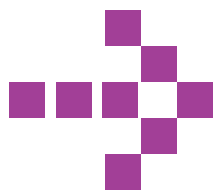
Article 6 - Les membres participants suivant une scolarité dans un établissement de formation de la Fonction publique (E.N.A., I.R.A., autres...) se voient appliquer une cotisation spécifique mentionnée aux tableaux ci-après, annexés au présent règlement.

La cotisation du service « Frais de Maladie » des membres participants éligibles à la Couverture Maladie Universelle est prise en charge intégralement, depuis le 1^{er} janvier 2000, par la Mutuelle.

Depuis le 1^{er} août 2015, sur présentation de l'accord de leur Caisse Primaire d'Assurance Maladie, les adhérents bénéficiaires de l'Aide pour une Complémentaire Santé (ACS) disposent d'une réduction de leurs cotisations à la garantie « frais de maladie » égale au montant de l'aide dont ils auraient bénéficié s'ils avaient souscrit à un contrat d'assurance de santé labellisé dans le cadre de l'ACS. À tranche de revenus identique, cette réduction est limitée au montant annuel de la cotisation correspondant à l'offre MCF Santé.

SECTION III – Règlement des litiges

Article 7 - En cas de difficultés liées à l'application ou à l'interprétation du présent règlement mutualiste, l'adhérent adresse une réclamation écrite à la Mutuelle, par simple lettre ou par courriel. Après épuisement de la procédure de règlement des litiges propre à la Mutuelle et dès lors qu'un accord n'a pas pu intervenir entre l'adhérent et la Mutuelle, celui-ci peut avoir recours au Médiateur Fédéral de la Mutualité française. Le règlement de la médiation fédérale est disponible sur le site internet de la Mutuelle. Les coordonnées et l'adresse du site internet du Médiateur Fédéral figurent sur le site internet de la Mutuelle, ses statuts et règlements mutualistes, les bulletins d'adhésion, notices contrats collectifs et tous autres documents d'information.



GRILLE DES PRESTATIONS MCF PRÉVENTION POUR L'ANNÉE 2018

AVERTISSEMENT

Les taux de participation Sécurité sociale et en conséquence les taux de couverture totale sont donnés à titre indicatif, la Mutuelle ne s'engageant que sur ses propres taux d'intervention.

SOINS COURANTS NGAP

Nomenclature Générale des Actes Professionnels

Nature des soins	SS	MCF Prévention	Total
Soins externes en milieu hospitalier public (y compris centres médicaux et d'optique de la Fédération Interdépartementale de la Région Parisienne)	60% - 65% ou 70% TC	40% - 35% ou 30% TC	100% TC
Consultations de médecins (généralistes et spécialistes)	70% TC ou TA	30% TC ou TA	100% TC ou TA
Consultation d'ostéopathie médicale (effectuée chez un ostéopathe ayant reçu le titre définitif du droit d'exercice par les autorités de tutelle) et chiropratique		20 € par acte dans la limite de 4 par an	20 € par acte dans la limite de 4 par an
Consultation de Médecin acupuncteur		10 €	10 €
Analyses Pédicures* Masseurs* Orthophonistes* Orthoptistes*	60% TC 60% TC ou TA	40% TC 40% TC ou TA	100% TC 100% TC ou TA
Recherche du Cholestérol HDL		15 € dans la limite du prix payé	15 € dans la limite du prix payé
Examens de laboratoire médicalement prescrits mais non pris en charge par la Sécurité sociale		Forfait annuel de 30 € dans la limite du prix payé	Forfait annuel de 30 € dans la limite du prix payé
Infirmiers	60% TC ou TA	40% TC ou TA	100% TC ou TA
Sages-femmes	70% TC ou TA	30% TC ou TA	100% TC ou TA
Transports	65% TRSS	35% TRSS	100% TRSS

TC = Tarif Conventionnel
TA = Tarif d'Autorité

TRSS = Tarif de Responsabilité de la Sécurité sociale
* Prise en charge Sécurité sociale et parfois soumise à entente préalable

SOINS COURANTS CCAM

Classification Commune des Actes Médicaux

Nature des soins	Codes regroupement	SS	MCF Prévention	Total
Actes chirurgicaux (hors hospitalisation ou acte opératoire effectué en ambulatoire)	ADC	70% TC ou TA	30% TC ou TA	100% TC ou TA
Actes de radiologie, scanner, IRM, actes de radiologie vasculaire diagnostique, acte de médecine nucléaire diagnostique	ADI	70% TC ou TA	30% TC ou TA	100% TC ou TA
Actes d'échographie / doppler	ADE	70% TC ou TA	30% TC ou TA	100% TC ou TA
Actes diagnostiques, chimiothérapie, radiothérapie, médecine nucléaire thérapeutique	ATM	70% TC ou TA	30% TC ou TA	100% TC ou TA

HOSPITALISATION HORS T2A

(Tarification À l'Activité)

Autres services que médecine, chirurgie et obstétrique

→ Hôpitaux publics

Nature des soins	SS	MCF Prévention	Total SS + MCF Prévention	RFH	Total SS + RFH
Prix de journée (incluant les honoraires médicaux)	100% TRSS ou 80% TRSS	100% TRSS	200% TRSS ou 180% TRSS	- ou 20% TRSS	100% TRSS
Chirurgie ambulatoire*	100% TRSS ou 80% TRSS	100% TRSS	200% TRSS ou 180% TRSS	- ou 20% TRSS	100% TRSS
Forfait d'hébergement en cas de séjour hospitalier en ambulatoire		15 €		15 €	
Forfait journalier (à hauteur du montant pris en charge dans le cadre du RFH)		20 €		20 €	
Chambre particulière et frais d'accompagnement Hébergement en structure hospitalière suite à une intervention chirurgicale avec anesthésie		Dans la limite de 33 € par jour		Selon tarif négocié	

* Le taux de participation de la Mutuelle est ramené à 80% du TRSS si le professionnel de santé n'a pas adhéré à l'Option de Pratique Tarifaire Maîtrisée

→ Cliniques privées

Nature des soins	SS	MCF Prévention	Total SS + MCF Prévention	RFH	Total SS + RFH
Prix de journée	100% TRSS ou 80% TRSS	100% TRSS	200% TRSS ou 180% TRSS	- ou 20% TRSS	100% TRSS
Honoraires médicaux* (hors CCAM)	100% TC ou 80% TC	100% TC	200% TC ou 180% TC	50% TC ou 70% TC	150% TC
Actes chirurgicaux* (code regroupement CCAM = ADC)	100% TC ou 80% TC	100% TC	200% TC ou 180% TC	50% TC ou 70% TC	150% TC
Chirurgie ambulatoire* (code regroupement CCAM = ADC)	100% TC ou 80% TC	100% TC	200% TC ou 180% TC	50% TC ou 70% TC	150% TC
Forfait d'hébergement en cas de séjour hospitalier en ambulatoire		15 €		15 €	
Actes d'anesthésie réanimation* (code regroupement CCAM = ADA)	100% TC ou 80% TC	100% TC	200% TC ou 180% TC	50% TC ou 70% TC	150% TC
Forfait journalier (à hauteur du montant pris en charge dans le cadre du RFH)		20 €		20 €	
Chambre particulière et frais d'accompagnement Hébergement en structure hospitalière suite à une intervention chirurgicale avec anesthésie		Dans la limite de 33 € par jour		Selon tarif négocié	

* Le taux de participation de la Mutuelle est ramené à 80% du TRSS si le professionnel de santé n'a pas adhéré à l'Option de Pratique Tarifaire Maîtrisée

→ Maisons de repos

Nature des soins	SS	MCF Prévention	Total SS + MCF Prévention	RFH	Total SS + RFH
Prix de journée (incluant les honoraires médicaux)	100% TRSS ou 80% TRSS	- ou 20% TRSS	100% TRSS		100% TRSS ou 80% TRSS
Forfait journalier (à hauteur du montant pris en charge dans le cadre du RFH)		20 €		20 €	
Chambre particulière					

HOSPITALISATION T2A

(Tarification À l'Activité)

Services médecine, chirurgie et obstétrique

→ Hôpitaux publics et cliniques privées

Nature des soins	SS	MCF Prévention	Total SS + MCF Prévention	RFH	Total SS + RFH
Hébergement et accueil, forfaits environnement, forfaits chimiothérapie, forfaits médicaments, forfaits divers (actes inclus dans le Groupe Homogène de Séjour - GHS - donnant lieu à une tarification forfaitaire par pathologie)	100% GHS ou 80% GHS	100% GHS	200% GHS ou 180% GHS	- ou 20% GHS	100% GHS
Hospitalisation à domicile (Groupe Homogène Traitement - GHT - donnant lieu à une tarification forfaitaire par pathologie)	100% GHT ou 80% GHT	100% GHT	200% GHT ou 180% GHT	- ou 20% GHT	100% GHT
Forfaits divers non inclus dans le GHS ou le GHT (urgence, matériels, IVG, dialyse, réanimation et surveillance continue)	100% TRSS ou 80% TRSS	100% TRSS	200% TRSS ou 180% TRSS	- ou 20% TRSS	100% TRSS
Honoraires médicaux* (hors CCAM)	100% TC ou 80% TC	100% TC	200% TC ou 180% TC	50% TC ou 70% TC	150% TC
Actes chirurgicaux* (code regroupement CCAM = ADC)	100% TC ou 80% TC	100% TC	200% TC ou 180% TC	50% TC ou 70% TC	150% TC
Chirurgie ambulatoire* (code regroupement CCAM = ADC)	100% TC ou 80% TC	100% TC	200% TC ou 180% TC	50% TC ou 70% TC	150% TC
Forfait d'hébergement en cas de séjour hospitalier en ambulatoire		15 €		15 €	
Actes d'anesthésie réanimation* (code regroupement CCAM = ADA)	100% TC ou 80% TC	100% TC	200% TC ou 180% TC	50% TC ou 70% TC	150% TC
Accouchements, césariennes (code regroupement CCAM = ACO)	100% TC	100% TC	200% TC	50% TC	150% TC
Forfait journalier (à hauteur du montant pris en charge dans le cadre du RFH)		20 €		20 €	
Chambre particulière et frais d'accompagnement Hébergement en structure hospitalière suite à une intervention chirurgicale avec anesthésie		Dans la limite de 33 € par jour		Selon tarif négocié	

* Le taux de participation de la Mutuelle est ramené à 80% du TRSS si le professionnel de santé n'a pas adhéré à l'Option de Pratique Tarifaire Maîtrisée

PHARMACIE

	SS	MCF Prévention	Total
Médicaments appartenant à un même groupe générique et soumis à Tarif Forfaitaire de Responsabilité	100% TFR 65% TFR 30% TFR	- 35% TFR 35% TFR	100% TFR 100% TFR 65% TFR
Autres médicaments	100% TP 65% TP 30% TP 15% TP	- 35% TP 35% TP -	100% TP 100% TP 65% TP 15% TP
Produits et accessoires médicalement prescrits et délivrés en pharmacie (codes regroupement : AAD, AAR, ARO, GLU, MAC, MAD, PAN, COR, POC, PII, ORP, PEX, PME)	60% LPP 100% LPP	40% LPP -	100% LPP 100% LPP
Vaccins et injections (y compris pour les voyages à l'étranger)		Frais réels	Frais réels
Contraceptifs oraux non pris en charge par la Sécurité sociale		36 € par an	36 € par an

TFR : Tarif Forfaitaire de Responsabilité

TP : Tarif Public

LPP : Liste des Produits et Prestations (ex. TIPS : Tarif Interministériel des Prestations Sanitaires)

DENTAIRE (NGAP)

Nature des soins	SS	MCF Prévention	Total
Orthodontie prise en charge par la Sécurité sociale	70% ou 100% TC ou TA	250% TC ou TA	320% ou 350% TC ou TA
Orthodontie non prise en charge par la Sécurité sociale			Action sociale possible
Surfaçage dentaire (dans la limite de deux séances par an)		100 € par séance	100 € par séance

TC : Tarif des praticiens conventionnés

TA : Tarif d'autorité de la Sécurité sociale en cas de recours à un praticien non conventionné

DENTAIRE CCAM

Classification Commune des Actes Médicaux

Nature des soins	Codes regroupement	SS	MCF Prévention	Total
Soins conservateurs dentaires Actes dentaires, inlay-onlay Endodontie Inlay-core Radios dentaires	SDE INO END ICO ADI	70% TC ou TA	30% TC ou TA	100% TC ou TA
Parodontologie (si prise en charge par la Sécurité sociale)	TDS	70% TC ou TA	30% TC ou TA	100% TC ou TA
Prothèses dentaires (si prise en charge par la Sécurité sociale) : Réparation sur prothèse Prothèse fixe métallique Prothèse fixe céramique	RPN PFM PFC	70% TC ou TA	155% TC ou TA	225% TC ou TA
Prothèse dentaire provisoire	PDT		30,49 €	30,49 €
Prothèses amovibles (si prise en charge par la Sécurité sociale)	PAR PAM	70% TC ou TA	Voir tableau	Voir tableau
Implantologie (si prise en charge par la Sécurité sociale)	IMP	70% TC ou TA	155% TC ou TA	225% TC ou TA
Implantologie (en l'absence de prise en charge par la Sécurité sociale) (sous réserve que le chirurgien dentiste ou le médecin stomatologiste soit conventionné par la Sécurité sociale)	IMP		280 € par année civile, quel que soit le nombre d'implants	280 € par année civile, quel que soit le nombre d'implants
Prothèses sur implants (en l'absence de prise en charge par la Sécurité sociale) (sous réserve que le chirurgien dentiste ou le médecin stomatologiste soit conventionné par la Sécurité sociale)	IMP		200 € par année civile, quel que soit le nombre d'implants	200 € par année civile, quel que soit le nombre d'implants
Traitement d'orthodontie (si prise en charge par la Sécurité sociale)	TOR	70% ou 100% TC ou TA	250% TC ou TA	320% ou 350% TC ou TA
Actes de prophylaxie bucco-dentaire (si prise en charge par la Sécurité sociale)	AXI	70% TC ou TA	30% TC ou TA	100% TC ou TA

DENTAIRE

Prothèses dentaires dans le cadre de la convention MFP/CNSD

Nature des soins	SS	MCF Prévention	Total
Pose d'une couronne transitoire et d'une couronne définitive localisée sur toutes les dents sauf les molaires	70% TC	397,95 €	473,20 €
Pose d'une couronne transitoire et d'une couronne définitive localisée sur les molaires (sauf couronne céramo-céramique)	70% TC	195,15 €	270,40 €
Pose d'une couronne transitoire, uniquement en cas d'urgence ou si la couronne définitive n'est pas effectuée*		50,70 €	50,70 €
Pose d'une prothèse plurale dentoportée définitive (bridge) comportant 2 piliers d'ancrage métalliques et 1 élément intermédiaire métallique	70% TC	954,35 €	1 150 €
Pose d'une prothèse plurale dentoportée définitive (bridge) de 3 dents comportant au moins 1 pilier d'ancrage ou 1 élément intermédiaire céramométallique ou en équivalent minéraux	70% TC	1 000 €	1 195,65 €
Adjonction d'un élément intermédiaire à une prothèse plurale dentoportée définitive (bridge)	Néant ou 70% TC	110 €	110 € ou 117,53 €
Adjonction d'un pilier à une prothèse plurale dentoportée définitive (bridge)	70% TC	110 €	185,25 €

TC : Tarif des praticiens conventionnés

TA : Tarif d'autorité de la Sécurité sociale en cas de recours à un praticien non conventionné

* Prise en charge dans le cadre du protocole d'une couronne transitoire ou provisoire isolée, en cas d'urgence ou d'attente thérapeutique d'un minimum de 6 mois sans réalisation d'une couronne

PRÉVENTION DENTAIRE

Nature des soins	SS	MCF Prévention	Total
Examen annuel de prévention	70% TC	30% + 5 €	100% TC + 5 €
Dépistage entre 3 ^e et 6 ^e mois de grossesse	70% TC	30% + 5 €	100% TC + 5 €
Examen de dépistage de la maladie paradontale	70% TC	30% + 10 €	100% TC + 10 €
Traitement de la maladie paradontale non pris en charge par la SS		200 € par an	200 € par an

DENTAIRE : DIVERS

Nature des soins	SS	MCF Prévention	Total
Autres actes d'orthodontie (examen surveillance, contention)	70% TC 100% TC	180% TC 150% TC	250% TC
Rebasage, réparation de fracture, renfort et adjonction ou remplacement de dents ou crochets	70% ou néant	30% + forfait de 243,92 € ou Forfait de 243,92 €	100% + forfait Forfait

TC : Tarif des praticiens conventionnés

PROTHÈSES DENTAIRES AMOVIBLES PRISES EN CHARGE PAR LA SÉCURITÉ SOCIALE À 70%

→ Code CCAM : PAR ou PAM

Nombre de dents par appareil	MCF Prévention	Nombre de dents par appareil	MCF Prévention	Nombre de dents par appareil	MCF Prévention
1 à 3 dents	280 €	8 dents	360 €	13 dents	440 €
4 dents	300 €	9 dents	440 €	14 dents	530 €
5 dents	350 €	10 dents	440 €	Complet	960 €
6 dents	350 €	11 dents	440 €		
7 dents	360 €	12 dents	440 €		

OPTIQUE

La participation de la Sécurité sociale est de 60% du tarif de référence

→ Bénéficiaires de moins de 18 ans

Que l'opticien soit ou non conventionné OPTILYS

Code LPP	Caractéristiques des verres	SS	MCF Prévention	Total (à l'unité)
VERRES SIMPLES				
2261874 2242457	Verre sphérique de 0 à 6 dioptries bénéficiaires de moins de 18 ans	7,22 €	210 €	217,22 €
2243304 2243540 2291088 2297441	Verre sphérique de 6,25 à 10 dioptries, bénéficiaires de moins de 18 ans	16,01 €	350 €	366,01 €
2273854 2248320	Verre sphérique supérieur à 10 dioptries, bénéficiaires de moins de 18 ans	26,98 €	350 €	376,98 €
2200393 2270413	Verre sphéro cylindrique : cylindre < ou = à 4 sphère de 0 à 6 dioptries, bénéficiaires de moins de 18 ans	8,96 €	210 €	218,96 €
2283953 2219381	Verre sphéro cylindrique : cylindre < ou = à 4 sphère > à 6 dioptries, bénéficiaires de moins de 18 ans	21,77 €	350 €	371,77 €
2238941 2268385	Verre sphéro cylindrique : cylindre > à 4 sphère de 0 à 6 dioptries, bénéficiaires de moins de 18 ans	16,74 €	350 €	366,74 €
2245036 2206800	Verre sphéro cylindrique : cylindre > à 4, sphère > à 6 dioptries, bénéficiaires de moins de 18 ans	27,90 €	350 €	377,90 €
VERRES MULTIFOCAUX OU PROGRESSIFS				
2259245 2264045	Verre sphérique de 0 à 4 dioptries, bénéficiaires de moins de 18 ans	23,51 €	350 €	373,51 €
2238792 2202452	Verre sphérique > à 4 dioptries, bénéficiaires de moins de 18 ans	25,98 €	350 €	375,98 €
2240671 2282221	Verre sphéro cylindrique : quel que soit le cylindre, sphère de 0 à 8 dioptries, bénéficiaires de moins de 18 ans	26,16 €	350 €	376,16 €
2234239 2259660	Verre sphéro cylindrique : quel que soit le cylindre, sphère > à 8 dioptries, bénéficiaires de moins de 18 ans	39,97 €	350 €	389,97 €

→ **Bénéficiaires de 18 ans et plus**

Hors réseau OPTILYS

Code LPP	Caractéristiques des verres	SS	MCF Prévention	Total (à l'unité)
VERRES SIMPLES (hors réseau OPTILYS)				
2203240 2287916	Verre sphérique de 0 à 6 dioptries, bénéficiaires de plus de 18 ans	1,37 €	43,63 €	45 €
2280660 2282793 2263459 2265330	Verre sphérique de 6,25 à 10 dioptries, bénéficiaires de plus de 18 ans	2,47 €	75,85 €	78,32 €
2235776 2295896	Verre sphérique supérieur à 10 dioptries, bénéficiaires de plus de 18 ans	4,57 €	75,85 €	80,42 €
2259966 2226412	Verre sphéro cylindrique : cylindre < ou = à 4 sphère de 0 à 6 dioptries, bénéficiaires de plus de 18 ans	2,20 €	42,80 €	45 €
2284527 2254868	Verre sphéro cylindrique : cylindre < ou = à 4 sphère > à 6 dioptries, bénéficiaires de plus de 18 ans	4,12 €	75,85 €	79,97 €
2212976 2252668	Verre sphéro cylindrique : cylindre > à 4 sphère de 0 à 6 dioptries, bénéficiaires de plus de 18 ans	3,75 €	75,85 €	79,60 €
2288519 2299523	Verre sphéro cylindrique : cylindre > à 4, sphère > à 6 dioptries, bénéficiaires de plus de 18 ans	5,67 €	75,85 €	81,52 €
VERRES MULTIFOCAUX OU PROGRESSIFS (hors réseau OPTILYS)				
2290396 2291183	Verre sphérique de 0 à 4 dioptries, bénéficiaires de plus de 18 ans	4,39 €	85,61 €	90 €
2245384 2295198	Verre sphérique > à 4 dioptries, bénéficiaires de plus de 18 ans	6,49 €	113,51 €	120 €
2227038 2299180	Verre sphéro cylindrique : quel que soit le cylindre, sphère de 0 à 8 dioptries, bénéficiaires de plus de 18 ans	6,22 €	113,78 €	120 €
2202239 2252042	Verre sphéro cylindrique : quel que soit le cylindre, sphère > à 8 dioptries, bénéficiaires de plus de 18 ans	14,72 €	105,38 €	120 €

→ **Bénéficiaires de 18 ans et plus**

Opticiens conventionnés du réseau OPTILYS

Code LPP	Caractéristiques des verres	SS	MCF Prévention	Total (à l'unité)
VERRES SIMPLES (réseau OPTILYS)				
2203240 2287916	Verre sphérique de 0 à 6 dioptries, bénéficiaires de plus de 18 ans	1,37 €	63,63 €	65 €
2280660 2282793 2263459 2265330	Verre sphérique de 6,25 à 10 dioptries, bénéficiaires de plus de 18 ans	2,47 €	95,85 €	98,32 €
2235776 2295896	Verre sphérique supérieur à 10 dioptries, bénéficiaires de plus de 18 ans	4,57 €	95,85 €	100,42 €
2259966 2226412	Verre sphéro cylindrique : cylindre < ou = à 4 sphère de 0 à 6 dioptries, bénéficiaires de plus de 18 ans	2,20 €	62,80 €	65 €
2284527 2254868	Verre sphéro cylindrique : cylindre < ou = à 4 sphère > à 6 dioptries, bénéficiaires de plus de 18 ans	4,12 €	95,85 €	99,97 €
2212976 2252668	Verre sphéro cylindrique : cylindre > à 4 sphère de 0 à 6 dioptries, bénéficiaires de plus de 18 ans	3,75 €	95,85 €	99,60 €
2288519 2299523	Verre sphéro cylindrique : cylindre > à 4, sphère > à 6 dioptries, bénéficiaires de plus de 18 ans	5,67 €	95,85 €	101,52 €
VERRES MULTIFOCAUX OU PROGRESSIFS (réseau OPTILYS)				
2290396 2291183	Verre sphérique de 0 à 4 dioptries, bénéficiaires de plus de 18 ans	4,39 €	105,61 €	110 €
2245384 2295198	Verre sphérique > à 4 dioptries, bénéficiaires de plus de 18 ans	6,49 €	133,51 €	140 €
2227038 2299180	Verre sphéro cylindrique : quel que soit le cylindre, sphère de 0 à 8 dioptries, bénéficiaires de plus de 18 ans	6,22 €	133,78 €	140 €
2202239 2252042	Verre sphéro cylindrique : quel que soit le cylindre, sphère > à 8 dioptries, bénéficiaires de plus de 18 ans	14,72 €	125,38 €	140 €

→ Compléments

Quel que soit l'âge du bénéficiaire et que l'opticien soit ou non conventionné OPTILYS

Code LPP	Nature de l'équipement	SS	MCF Prévention	Total (à l'unité)
LENTILLES				
2251545	Lentilles de contact prises en charge par la Sécurité sociale	23,69 €	46,31 €	70 €
	Lentilles de contact sphériques non prises en charge par la Sécurité sociale (dans la limite d'une fois par an)		65 €	65 €
	Lentilles de contact toriques non prises en charge par la Sécurité sociale (dans la limite d'une fois par an)		65 €	65 €
MONTURE				
2210546	Bénéficiaires de moins de 18 ans	18,29 €	31,71 €	50 €
2223342	Bénéficiaires de plus de 18 ans	1,70 €	48,30 €	50 €
SUPLÉMENTS OPTIQUE DIVERS				
	Chirurgie réfractive		300 € par an et par œil	300 € par an et par œil
2269025	Filtre occlusion (bénéficiaire de moins de 6 ans)	60%	7,62 €	10 €
2227920	Prisme souple (bénéficiaire de moins de 6 ans)	60%	15,43 €	30 €
2227908	Lunettes à coque (bénéficiaire de moins de 6 ans)	60%	22,25 €	50 €
2287862 2247905	Prisme incorporé	60%	9,60 € ou 17,42 €	20 €
2293957	Système antiptosis	60%	49,76 €	100 €
2222408	Filtre chromatique ou UV	60% ou néant	14,05 € ou 20 €	20 €
2204066 2278219	Verres iséiconiques	Néant	28 €	28 €
2246716 2274109	Sphère supérieure à 20 dioptries	60%	21,08 € ou 27,73 €	30 €

PROTHÈSES ET APPAREILLAGES

Autres que dentaires

SOINS ET APPAREILS

(attention : certains appareillages sont soumis à la formalité de l'entente préalable)

Nature appareillage	Codes regroupement	SS	MCF Prévention	Total
Appareil auditif (bénéficiaire de moins de 20 ans)	PAU	60% LPP	110% LPP	170% LPP (selon tarif d'homologation)
Appareil auditif (bénéficiaire de plus de 20 ans)	PAU	60% LPP	430,17 €	550 € par prothèse
Fournitures et accessoires pour appareil auditif	PAU	60% LPP	110% LPP	170% LPP
Prothèse mammaire et prothèse capillaire		100% LPP	Forfait	270 €
Orthèses (ex petit appareillage)	PA	60% LPP 100% LPP	140% LPP 100% LPP	200% LPP
Véhicule pour handicapés	VEH	60% LPP 100% LPP	140% LPP 100% LPP	200% LPP
Autre appareillage ; Location ou achat		60% LPP 100% LPP	75% LPP 35% LPP	135% LPP
Matériel pour amblyopie pour les enfants de moins de 20 ans		60% LPP 100% LPP	75% LPP 35% LPP	135% LPP

CURES THERMALES

Acte	SS	MCF Prévention	Total
Honoraires	70% TC ou TA	25% TC ou TA	95% TC ou TA
Frais établissement thermal	65% TFR 100% TFR	30% TRSS -	95% TRSS 100% TFR
Prestations légales hébergement - Transport	65% TRSS	30% TRSS	95% TRSS
Prestations supplémentaires hébergement - Transport	65% TRSS	30% TRSS	95% TRSS

TRSS : Tarif de Responsabilité de la Sécurité sociale

TFR : Tarif Forfaitaire de Responsabilité (base de remboursement Sécurité sociale)

DIVERS

Acte	SS	MCF Prévention	Total
IVG chirurgicale ou médicamenteuse	65%, 70% ou 80% TC ou TA	35%, 30% ou 20% TC ou TA	100% TC ou TA
Amniocentèse non prise en charge par la SS		185 €	185 €
Bilan acoustique du nouveau-né non pris en charge par la SS		23 €	23 €
Traitement du sevrage tabagique (prise en charge des substituts nicotiniques)	Forfait annuel de 150 €	Forfait annuel de 50 €	Forfait annuel de 200 €
Coloscopie virtuelle		Prix payé	Prix payé
Pose d'un holter		Forfait de 100 € dans la limite du prix payé ou du reste à charge en cas de remboursement Sécurité sociale	Forfait de 100 € dans la limite du prix payé ou du reste à charge en cas de remboursement Sécurité sociale
Test ADN pour la recherche de la trisomie 21 chez les femmes enceintes de 35 ans et plus		Prix payé	Prix payé

GRILLE DES COTISATIONS DE LA GARANTIE « MCF PRÉVENTION » POUR L'ANNÉE 2018

→ I. Cotisations des membres participants actifs*

(hors taxes)

	Cotisation mensuelle (hors taxes)		
	Nombre de personnes garanties**		
	1	2***	3***
Membres participants de moins de 35 ans (sans distinction de revenus)	25 €	37,50 €	45 €
Membres participants de 35 ans et plus, en fonction des tranches de revenus annuels			
Inférieur ou égal à 13 400 €	37,30 €	55,94 €	65,22 €
Supérieur à 13 400 € et inférieur ou égal à 20 700 €	39,77 €	59,65 €	69,55 €
Supérieur à 20 700 € et inférieur ou égal à 30 800 €	41,73 €	62,54 €	72,95 €
Supérieur à 30 800 € et inférieur ou égal à 40 900 €	46,26 €	69,34 €	80,98 €
Supérieur à 40 900 € et inférieur ou égal à 73 100 €	49,45 €	74,18 €	86,55 €
Supérieur à 73 100 €	53,37 €	79,95 €	93,35 €

→ II. Cotisations des adhérents retraités

Membres participants et bénéficiaires cotisants
(hors taxes)

Tranches de revenus annuels	Cotisation mensuelle (hors taxes)		
	Nombre de personnes garanties**		
	1	2***	3***
Inférieur ou égal à 13 400 €	46,99 €	70,58 €	82,22 €
Supérieur à 13 400 € et inférieur ou égal à 20 700 €	49,45 €	74,18 €	86,55 €
Supérieur à 20 700 € et inférieur ou égal à 30 800 €	51,41 €	77,07 €	89,94 €
Supérieur à 30 800 € et inférieur ou égal à 40 900 €	55,94 €	83,86 €	97,88 €
Supérieur à 40 900 € et inférieur ou égal à 73 100 €	59,14 €	88,71 €	103,56 €
Supérieur à 73 100 €	63,05 €	94,59 €	110,24 €

→ III. Cotisations des autres bénéficiaires

(hors taxes)

	Cotisation mensuelle (hors taxes)		
	Nombre de personnes garanties**		
	1	2***	3***
Bénéficiaire cotisant non retraité âgé d'au moins 35 ans inscrit à la Sécurité sociale à titre personnel	49,45 €	74,18 €	86,55 €
Membre participant suivant une scolarité dans un établissement de la Fonction Publique et bénéficiaire cotisant poursuivant des études ou en apprentissage et bénéficiaire handicapé	11,13 €	16,69 €	19,37 €
Bénéficiaire cotisant non scolarisé de moins de 35 ans inscrit à la Sécurité sociale à titre personnel	25 €	37,50 €	45 €

* Non scolarisés

** L'adhérent et ses ayants-droit au titre de la Sécurité sociale

*** Pas de majoration au-delà de 3 personnes garanties

→ IV. Cotisation de maintien

25 € par an (cette cotisation s'applique aux adhérents qui répondaient aux dispositions des statuts - article 17, alinéa 1 - antérieurs au 1^{er} janvier 2017).

Tarifification des offres de maintien définies à l'article 1^{er} du règlement maladie
(non éligibles à la notion de contrats responsables et donc, ne pouvant bénéficier d'une taxation minorée)

Offre	Cotisation mensuelle 2018 (hors taxes)
OPTIQUE Plus	13 €
CHIRURGIE Plus	12 €

Mutuelle Centrale des Finances

Siège social : 5-7 avenue de Paris, CS 40009, 94306 Vincennes cedex
Tél. : 01 41 74 31 00 / Fax : 01 58 64 30 99 / E-mail : mcf@mutuellemcf.fr



www.mutuellemcf.fr