

REGLEMENT MUTUALISTE

de la
MUTUELLE DES CLINIQUES DE FRANCE
M.C.F.

Mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du Code de la Mutualité
immatriculée au RNM sous le numéro : 332 759 554

Siège social : 28 rue Fortuny 75017 PARIS

Soumise au contrôle de l'ACP (Autorité de Contrôle Prudentiel)
61, rue Taitbout 75009 PARIS

NATURE ET OBJET DU REGLEMENT

Conformément aux dispositions de l'article L 114-1 du code de la mutualité, le règlement mutualiste définit le contenu des engagements contractuels existant entre chaque membre participant ou honoraire et la mutuelle en ce qui concerne les prestations et les cotisations.

A l'égard des membres participants, le contrat est constitué par le BULLETIN D'ADHESION, la CARTE D'ADHERENT, les STATUTS, le PRESENT REGLEMENT MUTUALISTE et s'applique sans préjudice des dispositions prévues au Code de la Mutualité.

Les dispositions du règlement peuvent être modifiées par l'Assemblée Générale de la mutuelle ; les modifications sont opposables aux membres participants dès qu'ils en ont connaissance.

Les déclarations des membres participants servent de base au contrat qui est incontestable dès son entrée en vigueur.

SUBSTITUTION

Les membres participants sont informés que la mutuelle est substituée dans ses droits et obligations par l'Union Mutualiste Générale de Prévoyance, UMGP, union de mutuelles soumise aux dispositions du livre II du code de la mutualité et inscrite au répertoire national des mutuelles sous le n° 316 730 662, dont le siège est 28 rue Fortuny - 75017 PARIS.

TITRE I

OBLIGATIONS DE LA MUTUELLE ET DE SES ADHERENTS

Chapitre I

Adhésion individuelle

Article 1

Acquièrent la qualité d'adhérent à la mutuelle, les personnes physiques qui remplissent les conditions définies à l'article 8 des statuts et qui font acte d'adhésion constaté par la signature du bulletin d'adhésion.

L'admission des membres est décidée par le conseil d'administration qui peut, pour ce faire, procéder à des délégations.

La signature du bulletin d'adhésion ou sa réception via internet emporte acceptation des dispositions des statuts, du règlement intérieur et des droits et obligations définis par le présent règlement mutualiste.

L'adhérent peut renoncer à son adhésion par lettre recommandée avec accusé réception adressée au siège de la mutuelle dans les 30 jours qui suivent la signature de son bulletin d'adhésion, il sera alors totalement remboursé.

La ré adhésion à la même garantie se fait par tacite reconduction conformément aux dispositions légales.

Tout changement de garantie, quelle que soit la date de demande de l'adhérent, ne sera effectif qu'au premier janvier suivant.

Chapitre II

Démission, radiation, exclusion

Article 2

Le membre participant, pour les opérations individuelles, peut mettre fin à son adhésion tous les ans en envoyant une lettre recommandée avec accusé réception (voir modèle de lettre téléchargeable sur notre site internet www.mutuelle-mcf.fr) adressée à la MCF- 28,rue de Fortuny-75017 PARIS au moins deux mois avant la date d'échéance. La date limite d'exercice du droit à dénonciation de l'adhésion est rappelée avec chaque avis d'échéance annuelle de cotisation conformément aux dispositions légales.

Article 3

Sous réserve des dispositions législatives en vigueur, il peut être mis fin à l'adhésion par chacune des parties :

- lorsque ne sont plus remplies les conditions d'adhésion liées au champ de recrutement
- ou en cas de changement de domicile, de situation matrimoniale, de régime matrimonial ou de profession, lorsque la situation antérieure était en relation directe avec la garantie de risques qui ne se retrouvent pas dans la situation nouvelle.

La fin de l'adhésion ou la résiliation du contrat ne peut intervenir que dans les trois mois suivant la date de l'événement ou la date de sa révélation.

La résiliation prend effet un mois après réception de sa notification.

La mutuelle doit rembourser à l'adhérent la partie de cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque n'a pas couru, période calculée à compter de la date d'effet de la résiliation.

Il ne peut être prévu le paiement d'une indemnité à la mutuelle dans les cas de résiliation susmentionnés.

REGLEMENT MUTUALISTE MCF
Assemblée Générale du 17 novembre 2011

Article 4

Dans le cadre des opérations individuelles, à défaut de paiement d'une cotisation ou fraction de cotisation due dans les dix jours de son échéance, et indépendamment du droit pour la mutuelle de poursuivre l'exécution de l'engagement contractuel en justice, la garantie ne peut être suspendue que trente jours après la mise en demeure du membre participant. Au cas où la cotisation annuelle a été fractionnée, la suspension de la garantie, intervenue en cas de non-paiement d'une des fractions de cotisation, produit ses effets jusqu'à l'expiration de la période annuelle considérée.

La mutuelle a le droit de résilier ses garanties dix jours après l'expiration du délai de trente jours prévu à l'alinéa précédent.

Lors de la mise en demeure, le membre participant est informé qu'à l'expiration du délai prévu à l'alinéa précédent le défaut de paiement de la cotisation est susceptible d'entraîner la résiliation des garanties.

La garantie non résiliée reprend pour l'avenir ses effets, à midi, le lendemain du jour où ont été payées à la mutuelle la cotisation arriérée ou, en cas de fractionnement de la cotisation annuelle, les fractions de cotisation ayant fait l'objet de la mise en demeure et celles venues à échéance pendant la période de suspension ainsi que, éventuellement, les frais de poursuites et de recouvrement.

Chapitre III

Catégories de bénéficiaires

Article 5

Les membres se répartissent en catégories selon les garanties définies ci-après.

Tous les membres sont assujettis au paiement des cotisations d'adhésion et de gestion telles qu'indiquées à l'article 6 du présent règlement mutualiste.

Outre les membres participants, sont aussi bénéficiaires :

- le conjoint, concubin, ou lié par un pacte civil de solidarité, qui ne peut souscrire qu'à la même garantie que le membre participant
- les enfants mineurs à charge ; le troisième enfant mineur et les suivants sont pris en charge gratuitement par la même garantie que celle de l'un des deux parents.

Ils bénéficient des taux de remboursement de la garantie choisie.

REGLEMENT MUTUALISTE MCF
Assemblée Générale du 17 novembre 2011

Cotisations 2012 Topaze, Agate, Grenat et Diamant

Tranche d'âge	TOPAZE	AGATE	GRENAT	DIAMANT
0 à 17 ans	6,35 €	20,05 €	26,40 €	44,30 €
18 à 24 ans	15,85 €	35,90 €	54,85 €	90,75 €
25 à 29 ans	16,90 €	36,95 €	60,15 €	100,25 €
30 à 34 ans	17,95 €	45,40 €	63,30 €	106,60 €
35 à 39 ans	22,15 €	54,85 €	71,75 €	121,35 €
40 à 44 ans	23,20 €	58,05 €	78,10 €	129,80 €
45 à 49 ans	25,35 €	61,20 €	87,60 €	146,70 €
50 à 54 ans	29,18 €	67,77 €	97,05 €	157,27 €
55 à 59 ans	32,70 €	75,27 €	107,78 €	171,77 €
60 à 64 ans	37,06 €	84,58 €	121,11 €	189,83 €
65 à 69 ans	42,76 €	96,72 €	138,50 €	213,52 €
70 à 74 ans	49,33 €	110,61 €	158,39 €	240,17 €
75 à 79 ans	56,91 €	126,50 €	181,14 €	270,14 €
> 80 ans	67,56 €	148,60 €	212,79 €	311,09 €

Le changement de tranche d'âge a lieu le 1^{er} janvier suivant votre date anniversaire. Par exemple, si vous avez 45 ans le 22 février 2012, le changement de tranche d'âge aura lieu le 1^{er} janvier 2013. L'enfant mineur cotise à la même complémentaire santé que celle de ses parents. Le 3^{ème} enfant mineur couvert par la mutuelle et les suivants sont pris en charge gratuitement.

Article 7

Pour percevoir leurs prestations, les adhérents doivent être à jour de leurs cotisations.

TITRE II

OBLIGATIONS DE LA MUTUELLE ENVERS SES ADHERENTS

Chapitre I

Prestations accordées par la mutuelle

Article 8

La mutuelle assure des prestations mutualistes complémentaires de l'Assurance Maladie. Pour le service de ces prestations, elle se substitue à l'UMGP.

Les garanties mutualistes sont :

- | | |
|----------------|-----------|
| - Hospitalière | - Topaze |
| - Sécurité | - Agate |
| - Confort | - Grenat |
| - Harmonie | - Diamant |

REGLEMENT MUTUALISTE MCF
Assemblée Générale du 17 novembre 2011

I - Conditions Générales

Tout membre participant ou bénéficiaire, affilié ou non à un régime de Sécurité Sociale ayant droit ou non ayant-droit d'assuré social, peut bénéficier des prestations mutualistes complémentaires de l'Assurance Maladie.

II - Ouverture des Droits

- Date d'effet de l'adhésion

L'adhésion est enregistrée le premier jour du mois civil qui suit la réception de la demande.

- Date d'effet de la garantie

Pour bénéficier des prestations servies par la mutuelle, les membres participants et bénéficiaires doivent être à jour de leurs cotisations et avoir accompli, à la date de l'acte médical faisant l'objet de la demande de remboursement, le stage qui leur est imposé.

La durée du stage est de 1 mois en cas de maladie, 10 mois pour la maternité, réduite à néant en cas d'accident.

Ces délais de stage s'appliquent également lors d'un changement de garantie dont les prestations sont plus favorables.

Les membres participants et bénéficiaires antérieurement affiliés à une autre mutuelle servant des prestations complémentaires de l'Assurance Maladie et semblables à celles fournies par la MCF sont dispensés de stage à condition de produire un certificat de radiation de moins d'un mois démontrant la continuité de leur couverture.

Les prestations ne peuvent être versées que pour des actes prescrits et dispensés pendant la période d'ouverture des droits.

III - Règles concernant les cumuls

Les prestations de la mutuelle peuvent être cumulées avec celles de la Sécurité Sociale ainsi qu'avec celles servies par tout autre organisme de prévoyance. La mutuelle n'intervient qu'en complément de celles des autres organismes.

Le remboursement des dépenses de maladie par la mutuelle ne peut cependant être supérieur au montant des frais restant à la charge effective de l'adhérent.

Dans le cas où la prestation théorique de la mutuelle serait supérieure au montant des frais restant à la charge de l'adhérent, la différence entre le montant des remboursements et du prix réellement payé doit seule être servie.

IV - Cas spéciaux

Les prestations servies aux membres participants et bénéficiaires qui ne sont affiliés à aucun régime d'Assurance Maladie, sont égales à celles qui leur seraient servies par la mutuelle pour la part mutualiste s'ils étaient affiliés au régime de référence pour le paiement de leur cotisation.

V - Risques couverts

Tous les actes pris en charge par la Sécurité sociale. Les taux de références sont ceux indiqués par l'article R 322-1 du Code de la Sécurité Sociale.

La modification de ces taux n'entraîne pas de modification du taux de participation de la mutuelle.

La MCF s'inscrit en faveur des contrats responsables tels que définis dans la loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie, et dans le décret 2005-1226 du 29 septembre 2005, à savoir la prise en charge à hauteur du tarif de responsabilité de la Sécurité sociale de tous les soins dans le cadre du parcours de soins sauf pour la garantie Sécurité et Topaze et la non prise en charge de la franchise de 17,5% des dépassements hors parcours de soins sur la garantie Harmonie, Grenat et Diamant. La baisse du taux de remboursement de la Sécurité sociale

REGLEMENT MUTUALISTE MCF
Assemblée Générale du 17 novembre 2011

hors du parcours de soins ne sera pas remboursée par la complémentaire santé MCF conformément à la définition des contrats responsables.

VI - Exclusions

Sont exclus :

- Les actes de chirurgie esthétique non consécutifs à un accident,
- les interventions entraînées par une maladie ou une infirmité antérieure à l'admission, sauf avis du médecin conseil établissant qu'au moment de l'admission il n'y avait pas d'indication opératoire,
- les interventions, quelle qu'en soit la cause, pratiquées à la suite :
 - . d'actes volontairement commis par l'adhérent tels que la tentative de suicide, la mutilation, le duel, la participation directe et effective à une émeute ou un soulèvement populaire,
 - . des faits de guerre civile ou étrangère et autres cataclysmes,
 - . de compétition, démonstrations acrobatiques, raids, vols d'essai, vol sur prototype, tentative de records,
- les maladies, infirmités et hospitalisations prises en charge à 100% par la Sécurité sociale,
- les maladies mentales (Code de la santé publique).

VII - Forclusion

Les dossiers ouvrant droit aux prestations doivent sous peine de forclusion, être présentés dans le délai d'un an suivant la date d'établissement des volets de décompte par la Sécurité sociale ou par l'organisme conventionné.

Article 9

La mutuelle crée un fonds d'entraide. Il s'agit d'un fonds de secours mutualiste, pris sur une somme spéciale déterminée chaque année par l'assemblée générale, auquel les membres participants et bénéficiaires peuvent faire appel lorsque des frais médicaux ou paramédicaux importants restent à leur charge.

La commission médicale mise en place par le conseil d'administration étudie les demandes qui lui sont déposées impérativement avant le début des soins. Elle statue en tenant compte de la situation personnelle et familiale de l'adhérent et des fonds qui lui sont alloués.

Le fonds reçoit une dotation annuelle votée par l'assemblée générale.

Chapitre II

Subrogation

Article 10

La mutuelle est subrogée de plein droit à l'adhérent victime d'un accident dans son action contre le tiers responsable, que la responsabilité du tiers soit entière ou qu'elle soit partagée. Cette subrogation s'exerce dans la limite des dépenses que la mutuelle a exposées, à due concurrence de la part d'indemnité mise à la charge du tiers qui répare l'atteinte à l'intégrité physique de la victime.

En est exclue la part d'indemnité, de caractère personnel, correspondant aux souffrances physiques ou morales endurées par la victime et au préjudice esthétique et d'agrément, à moins que la prestation versée par la mutuelle n'indemnise ces éléments de préjudice.

De même, en cas d'accident suivi de mort, la part d'indemnité correspondant au préjudice moral des ayants-droit leur demeure acquise, sous la même réserve.

Chapitre III

REGLEMENT MUTUALISTE MCF
Assemblée Générale du 17 novembre 2011

Information des adhérents

Article 11

Le règlement mutualiste et les modifications qui peuvent y être apportées sont portés à la connaissance des adhérents.

L'adhérent est informé :

- des services et établissements d'action sociale auxquels il peut avoir accès,
- des organismes auxquels la mutuelle adhère ou auxquels elle est liée et des obligations et droits qui en découlent.

Lydia MARIE-SCEMAMA
Président

REGLEMENT MUTUALISTE MCF
Assemblée Générale du 17 novembre 2011

ANNEXE

TABLEAUX DES PRESTATIONS

	SS	HOSPITALIERE	SECURITE	CONFORT	HARMONIE
HOSPITALISATION OU CHIRURGIE LOURDE					
HOSPITALISATION MEDICALE ET CHIRURGICALE > 30 JOURS SUR SOINS OU ACTES > ou = à 120 €	100%	0%	0%	0%	0%
actes techniques médicaux (soins, honoraires)	100%	0%	0%	0%	0%
actes de chirurgie (soins, honoraires)	100%	0%	0%	0%	0%
anesthésie	100%	0%	0%	0%	0%
actes d'obstétrique (soins, honoraires)	100%	0%	0%	0%	0%
frais de séjour psychiatrie et/ou repos, convalescence, longue durée	100%	0%	0%	0%	0%
frais de séjour Médecine, Chirurgie, Obstétrique, odontologie	100%	0%	0%	0%	0%
frais de Salle d'opération	100%	0%	0%	0%	0%
Franchise 18€ sur soins ou actes > ou = à 120€	0%	OUI	OUI	OUI	OUI
HOSPITALISATION avec soins < à 120 €	70%	20%	30%	30%	30%
actes techniques médicaux (soins, honoraires)	80%	20%	20%	20%	20%
actes de chirurgie (soins, honoraires)	80%	20%	20%	20%	20%
anesthésie	80%	20%	20%	20%	20%
frais de séjour psychiatrie et/ou repos, convalescence, longue durée	80%	20%	20%	20%	20%
frais de séjour Médecine, Chirurgie, Obstétrique, odontologie	80%	20%	20%	20%	20%
frais de Salle d'opération	80%	20%	20%	20%	20%
Forfait journalier hospitalier			18€/J	18€/J	18€/J
Forfait journalier hospitalier psy & neuropsych		13,50€/J limité à 30 J/année civile	13,50€/J limité à 30 J/année civile	13,50€/J limité à 90J/année civile	13,50€/J limité à 90J/année civile
Chambre particulière		NON	NON	16 €/J pendant 15 jours maximum par année civile	25 €/J pendant 30 jours maximum par année civile
Lit d'accompagnement en cas d'hospitalisation d'un enfant -14ans		NON	NON	16 €/J limité à 20J/année civile pour 1 des 2 parents	25 €/J limité à 20J/année civile pour 1 des 2 parents
Dans le cadre du parcours de soins					
médecin traitant (généraliste) (*)	70%	0%	30%	30%	30%
médecin traitant (spécialiste) (*)	70%	0%	20%	30%	80%
Actes complémentaires médecin traitant (généraliste)	70%	0%	30%	30%	80%
Actes complémentaires médecin traitant (spécialiste)	70%	0%	20%	30%	80%
médecin correspondant (généraliste) (*)	70%	0%	30%	30%	80%
médecin correspondant (spécialiste) (*)	70%	0%	20%	30%	80%
Actes complémentaires médecin correspondant généraliste	70%	0%	30%	30%	80%
Actes complémentaires médecin correspondant spécialiste	70%	0%	20%	30%	80%
chirurgie sans hospitalisation avec soins < à 120€		0%			
actes de chirurgie en cabinet (*)	70%	0%	20%	30%	80%
actes techniques médicaux (ophtalmologie, dermatologie ...) (*)	70%	0%	20%	30%	80%
Echographie (*)	70%	0%	20%	30%	80%
Imagerie diagnostique (radiographie) (*)	70%	0%	20%	30%	80%
Frans de salle d'opération	65%	0%	5%	35%	85%

REGLEMENT MUTUALISTE MCF
Assemblée Générale du 17 novembre 2011

Hors du parcours de soins (**)					
médecin généraliste (*)	30%	0%	30%	30%	30%
médecin spécialiste (*)	30%	0%	30%	30%	30%
soins externes dans un centre de santé ou un établissement public ou privé	30%				
actes de chirurgie en cabinet (*)	30%	0%	0%	30%	30%
actes techniques médicaux (audiométrie, ophtalmologie, dermatologie ...) (*)	30%	0%	0%	30%	30%
Echographie (*)	30%	0%	0%	30%	30%
Imagerie diagnostique (radiographies) (*)	30%	0%	0%	30%	30%
médecin psychiatre et neuro psychiatre	70%	0%	0%	30%	30%
gynécologue, ophtalmologues (*)	70%	0%	0%	30%	80%
Actes complémentaires gynécologue, ophtalmologues (*)	70%	0%	0%	30%	80%
Analyses (*)	80%	0%	0%	40%	40%
Actes paramédicaux					
soins infirmiers (*)	80%	0%	10%	40%	80%
soins kinésithérapie (*)	80%	0%	10%	40%	80%
actes d'orthoptie (*)	80%	0%	10%	40%	40%
actes d'orthophonie (*)	80%	0%	10%	40%	40%
soins sage-femme	70%	0%	0%	30%	80%
Soins dentaires** (hors orthodontie)	70%	0%	0%	30%	80%
Orthodontie	70%	0%	30%	30%	30%
Prothèses dentaires	70%	0%	0%	30%	80%
Forfait dentaire					forfait 91 € / année civile (1)
Pharmacie					
médicaments smr faible	15%	85%	85%	85%	85%
médicaments de confort (*)	35%	0%	65%	65%	65%
médicaments normaux (*)	65%	0%	35%	35%	35%
médicaments irremplaçables (*)	100%	0%	0%	0%	0%
Optique	65%	0%	35%	35%	85%
Forfait optique					91 €/année civile/ Monture, verres, lentilles
Prothèses médicales, appareillages divers et accessoires acceptés SS	65%	0%	5%	35%	85%
Transport (*)	65%	0%	5%	35%	35%
Thermalisme					
actes médicaux	70%	0%	0%	30%	30%
séjours, pratiques (hébergement après acceptation de la Sécurité Sociale)	65%	0%	0%	35%	35%
complémentaires, transport (après acceptation de la Sécurité Sociale)					
Bilan du langage oral		NON	OUI	OUI	OUI
Vaccins et rappels acceptés ou non par la SS (AMM à la date des soins)		OUI	OUI	OUI	OUI
FONDS D'ENTRAIDE		NON	OUI	OUI	OUI
Prime naissance, par enfant et par année civile, après 10 mois consécutifs d'adhésion à la même garantie au jour de la naissance		NON	NON	78 €	183 €
Forfait de cure thermale pour frais restant à charge		NON	NON	NON	183 €
Transport non pris en charge: maximum par hospitalisation		NON	NON	NON	48 €
Capital décès		NON	305 €	457 €	610 €
toutes causes sauf suicide					
En cas du décès du membre participant ou de son conjoint adhérent, une aide immédiate au décès est versée à un proche (parent, conjoint, enfant)					
sur simple présentation de son certificat d'hérédité et de l'acte de décès de l'adhérent					

(*) Les participations forfaitaires et les franchises médicale obligatoires, restent à la charge de l'adhérent si celle-ci sont dues.

REGLEMENT MUTUALISTE MCF
Assemblée Générale du 17 novembre 2011

Garanties Topaze, Agate, Grenat et Diamant

	Sécurité sociale	TOPAZE	AGATE	GRENAT	DIAMANT
Hospitalisation ou chirurgie lourde					
Hospitalisation médicale et chirurgicale > 30 jours sur soins ou actes > 120 €	100%	100%	100%	100%	100%
Franchise 19€ sur soins ou actes > 120€	-	OUI	OUI	OUI	OUI
Hospitalisation avec soins < 120€	80%	100%	100%	100%	100%
Forfait journalier hospitalier	-	19€/j	19€/j	19€/j	19€/j
- Forfait journalier hospitalier psychiatrique et neuropsychiatrique (1)	-	13,50€/j	13,50€/j	13,50€/j	13,50€/j
- Supplément chambre particulière (2)	-	16 €/j	16 €/j	25 €/j	25 €/j
- Lit d'accompagnement en cas d'hospitalisation (3)	-	16 €/j	16 €/j	25 €/j	25 €/j
Dans le cadre du parcours de soins					
Médecin traitant généraliste	70%	100%	150%	200%	250%
Médecin traitant spécialiste	70%	100%	150%	200%	250%
Médecin correspondant (généraliste)	70%	100%	150%	200%	250%
Médecin correspondant (spécialiste)	70%	100%	150%	200%	250%
Chirurgie sans hospitalisation avec soins < 120€	70%	100%	150%	200%	250%
Imagerie diagnostic et échographie	70%	100%	150%	200%	250%
Hors du parcours de soins					
Médecin généraliste	30%	30%	30 + 30 %	30 + 30 %	30 + 30 %
Médecin spécialiste	30%	30%	30 + 30 %	30 + 30 %	30 + 30 %
Soins externes dans un centre de santé ou en établissements publics ou privés	30%	30%	30 + 30 %	30 + 30 %	30 + 30 %
Imagerie diagnostic et échographie	30%	30%	30 + 30 %	30 + 30 %	30 + 30 %
Accès direct spécifique avec médecin traitant déclaré					
Gynécologie, ophtalmologie	70%	100%	150%	200%	250%
Médecin psychiatre et neuropsychiatre (4)	70%	90%	100%	200%	100%
Non visé dans le parcours de soins					
Soins dentaires (hors orthodontie)	70%	100%	150%	200%	200%
Prothèses dentaires	70%	70%	100%	150%	200%
Prothèses (hors dentaire), appareillages divers et accessoires (5)	60%	70%	100%	150%	200%
Optique	60%	100%	100%	200%	200%
Soins sage-femmes	70%	70%	100%	180%	300%
Soins infirmiers et kinésithérapie (5)	60%	100%	100%	180%	200%
Analyses	60%	60%	100%	100%	200%
Orthodontie	70%	100%	100%	150%	150%
Pharmacie 15%	15%	15%	15%	15%	15%
Pharmacie de 30% à 100%	35 à 100%	100%	100%	100%	100%
Thermalisme :					
- Actes médicaux	70%	70%	100%	100%	150%
- Séjours, pratiques complémentaires, transport	70%	65%	100%	100%	100%
Transport	65%	65%	100%	100%	100%
Orthoptistes et orthoptistes (5)	60%	60%	100%	100%	100%
Les + MCF					
Pédicure - Podologie			40 €	30 €	120 €
Prime Mariage			30 €	50 €	90 €
Chirurgie réfractive (myopie) : forfait pour les 2 yeux (6)			150 €	300 €	450 €
Médicaments non prescrits (7)			15 €	20 €	40 €
Veinotoniques non remboursés			10 €	20 €	40 €
Bas de contention pris en charge par le régime obligatoire			100%	150%	200%
Pilules contraceptives, traitements oestrogénostatifs, implants contraceptifs (8)			60 €	90 €	120 €
Forfaits annuels					
Prime naissance (9)			100 €	200 €	300 €
Dentaires (7)			80 €	150 €	300 €
Optique montures, verres et lentilles (7)			80 €	100 €	250 €
Cure de sevrage tabagique (10)			30 €	50 €	110 €
FORFAIT BIEN-ETRE panier de soins au choix (11)					
Détaché					
Shiatsu					
Sophrologie			60 €	80 €	150 €
Acupuncture					
Homéopathie					
Ostéopathe					
Actes de prévention					
Vaccins et rappels (12)	65%	OUI	OUI	OUI	OUI
Bilan du langage oral (13)	60%	OUI	OUI	OUI	OUI
Solidarité					
Fonds d'entraide		OUI	OUI	OUI	OUI
Et en plus					
Capital décès (14)		265 €	430 €	660 €	915 €
Complément hospitalisation à partir du 4 ^{ème} jour et jusqu'au 8 ^{ème} jour inclus			15 €/j	15 €/j	15 €/j

Le présent tableau a été élaboré sur les bases de la nomenclature de la Sécurité sociale en vigueur au 17/11/2011 et aux décrets d'application à la date de l'Assemblée générale du 17/11/2011. Toute modification de présentation des prestations et taux de remboursement, engendrée par une modification de cette nomenclature ou de la réforme de l'Assurance Maladie, ne saurait en aucune manière engager la responsabilité de la MCF. Les participations forfaitaires et les franchises médicales, obligatoires, restent à la charge de l'adhérent si celles-ci sont dues.

Risques couverts : tous les actes pris en charge par la Sécurité sociale et ceux refusés ou hors nomenclature signalés dans ce tableau des remboursements. Les taux de référence sont ceux indiqués à l'article R 322-1 du Code de la Sécurité sociale. La modification de ces taux n'entraîne pas la modification du taux de participation de la MCF.

(1) Limité en pay et neuropay à 30 jours/an sur la Topaze, à 90 jours/an sur l'Agate, la Grenat et le Diamant.
(2) Limité à 15 jours/an sur l'Agate, à 30 jours/an sur la Grenat et le Diamant.

(3) Limité à 20 jours/an pour l'un des 2 parents sur l'Agate, la Grenat et le Diamant.

(4) Psychiatre et neuropsychiatre limités à 20 séances/an.

(5) Après acceptation par la Sécurité sociale.

(6) Si opération pour un seul œil, forfait divisé par 2.

(7) Versés sur présentation d'une facture et limité à une fois par année civile.

(8) Non remboursés par la Sécurité sociale : forfait annuel versé sur présentation d'une facture.

(9) Versée aux adhérents ou adhérentes inscrit(es) depuis au moins 10 mois consécutifs à la même garantie ou jour de la naissance, limitée à une prime par enfant et par famille.

(10) Versé sur présentation d'une ordonnance et d'une facture d'un substitut nicotinique, limité à une fois par année civile.

(11) Remboursements sur présentation d'une facture acquittée portant le cachet complet et le n° identifiant du professionnel de santé, limités à une fois par année civile. Remboursement à hauteur de 20 € par visite selon la discipline choisie pour l'Agate ou la Grenat, et à hauteur de 30 € pour le Diamant.

(12) Vaccins et rappels pris en charge ou non par la Sécurité sociale ayant une autorisation de mise sur le marché à la date des soins.

(13) Le bilan du langage oral et/ou le bilan d'aptitude à l'écoulement du langage écrit sont pris en charge dans le cadre des actes de prévention à condition qu'il s'agisse d'un 1^{er} bilan réalisé chez un enfant de moins de 14 ans.

(14) Toutes causes sauf suicide. En cas du décès du membre participant ou de son conjoint adhérent, une aide immédiate au décès est versée à un proche (parent, conjoint, enfant) sur simple présentation de son certificat d'hérédité et de l'acte de décès de l'adhérent.

3