



## CE QU'IL FAUT FAIRE ...

### Les démarches pour vous affilier au régime de base santé

Votre employeur a fait le choix d'adhérer au contrat obligatoire de la MCEN.

Pour vous affilier, rien de plus simple :

- remplissez un Bulletin d'Affiliation - Contrat collectif obligatoire - Régime de base,
- votre employeur et vous-même devez signer ce bulletin avant de nous le retourner,
- remettez le bulletin et les pièces justificatives énumérées ci-après à votre employeur.

Vous recevrez de notre part une carte de tiers payant prouvant votre affiliation et votre employeur vous remettra les Statuts de la MCEN, le document d'information sur les produits d'assurance (D.I.P.A) ainsi que la Notice d'information.

### Pièces justificatives à joindre

#### Pièces à joindre dans tous les cas

- photocopie de l'attestation VITALE pour chaque membre de la famille assuré social,
- photocopie recto verso de votre pièce d'identité en cours de validité de l'adhérent et de chaque bénéficiaire majeur,
- un Relevé d'Identité Bancaire pour le règlement des prestations.

#### Pièces à joindre selon la situation, si vos ayants-droit sont affiliés au contrat

- concubin : attestation sur l'honneur de vie maritale du salarié ;
- pacsé : copie du contrat ou de l'attestation de PACS ;
- enfant scolarisé de moins de 28 ans : certificat de scolarité, d'apprentissage ou de professionnalisation ;
- enfant de moins de 28 ans, à la recherche d'un premier emploi en sortie d'étude, domicilié chez l'assuré : attestation Pôle emploi ;
- enfant reconnu handicapé avant l'âge de 28 ans : copie du justificatif de versement d'allocation.

### Congé parental d'éducation à temps plein

En cas de suspension du contrat de travail pour congé parental d'éducation à temps plein, la MCEN prend en charge, pendant 12 mois, la part employeur "Cotisation Régime de base".

#### Pièces à joindre en cas de congé parental d'éducation à temps plein

- photocopie de la lettre d'information adressée à l'employeur, précisant la date de début du congé parental ou la date de renouvellement et sa durée.

### Le règlement individuel surcomplémentaire

Afin d'augmenter vos prestations de " Base ", vous pouvez choisir personnellement l'une de nos formules de garanties surcomplémentaires. Le Règlement mutualiste individuel – Garanties surcomplémentaires de la MCEN a été remis à votre employeur pour information.

Pour toute adhésion, vous devez faire une demande auprès de nos services par courrier ou par courriel : [communication@mcen.fr](mailto:communication@mcen.fr).

Les cotisations correspondant aux garanties surcomplémentaires souscrites seront prélevées directement sur votre compte bancaire.

# CE QU'IL FAUT SAVOIR ...

## Télétransmission « Noémie »

La MCEN met en place pour tout nouvel affilié le système de télétransmission directe des décomptes de Sécurité sociale. Si vous renoncez à ce système, vous devrez envoyer à la MCEN les décomptes pour bénéficier des prestations complémentaires. Pour refuser vous devez le notifier par écrit ci-dessous en inscrivant la mention suivante : « Je refuse que mes décomptes soient directement transmis par mon régime d'obligation » et de signer ci-après : .....

## Comprendre mon contrat de santé de base

Le contrat santé de base de la MCEN est un contrat obligatoire de complémentaire santé souscrit par votre employeur. La réglementation en vigueur impose la prise en charge minimum de 50 % du financement de la cotisation "salarié" par votre employeur, après déduction de la subvention versée par le Conseil supérieur du notariat siégeant en Comité mixte. La cotisation obligatoire – Garantie de Base Frais de Santé est prélevée tous les mois sur votre bulletin de salaire.

## Les ayant(s)-droit

Les personnes de votre famille devant obligatoirement être affiliées au contrat sont les suivantes :

- le conjoint ni divorcé ni séparé de corps, à charge du salarié au sens du régime de base, ou dans le cas contraire en mesure de prouver l'absence d'activité professionnelle et l'absence de perception d'aucun revenu d'activité ou de remplacement par la fourniture du dernier avis d'imposition,
- la personne liée au salarié par un pacte civil de solidarité, à sa charge au sens du régime de base, ou dans le cas contraire en mesure de prouver l'absence d'activité professionnelle et l'absence de perception d'aucun revenu d'activité ou de remplacement par la fourniture du dernier avis d'imposition,
- le concubin du salarié à sa charge au sens du régime de base, ou dans le cas contraire en mesure de prouver l'absence d'activité professionnelle et l'absence de perception d'aucun revenu d'activité ou de remplacement par la fourniture du dernier avis d'imposition et d'une attestation sur l'honneur de concubinage,
- les enfants à charge du salarié au sens du régime de base,
- les enfants du salarié âgés de moins de 28 ans, poursuivant des études secondaires ou supérieures dans un établissement ou organisme reconnu par l'Education Nationale et le Ministère du Travail (jusqu'au 31/12 de leur 28<sup>ème</sup> anniversaire),
- les enfants du salarié âgés de moins de 28 ans sous contrat d'apprentissage ou de professionnalisation, sous réserve de ne pas bénéficier de par ce contrat d'une couverture frais de santé à titre obligatoire (jusqu'au 31/12 de leur 28<sup>ème</sup> anniversaire),
- les enfants du salarié âgés de moins de 28 ans à la recherche d'un premier emploi en sortie d'études, pendant une durée maximale d'1 an (jusqu'au 31/12 de leur 28<sup>ème</sup> anniversaire),
- les enfants du salarié reconnus handicapés avant l'âge de 28 ans et titulaires de la carte d'invalidité prévue à l'article L.241-3 du Code de l'action sociale et des familles, et bénéficiaires de l'allocation aux adultes handicapés,
- les personnes à charge fiscale du salarié.

A condition de le justifier, les cas de dispense retenus sont les suivants :

- les salariés à temps partiel et apprentis dont l'adhésion au système de garanties les conduirait à s'acquitter d'une cotisation représentant au moins 10% de leur rémunération brute,
- les salariés et apprentis en contrat à durée déterminée
- ou en contrat de mission d'une durée au moins égale à 12 mois sous réserve de justifier par écrit, en produisant tous documents, d'une couverture individuelle frais de santé souscrite par ailleurs pour le même type de garanties,
- les salariés et apprentis en contrat à durée déterminée ou en contrat de mission d'une durée inférieure à 12 mois,
- les salariés qui bénéficient par ailleurs d'une couverture collective frais de santé relevant d'un dispositif de prévoyance complémentaire conforme à un de ceux fixés par arrêté du ministre chargé de la Sécurité sociale (notamment en tant qu'ayant droit de leur conjoint), à condition d'en justifier chaque année (contrat collectif famille obligatoire),
- les salariés bénéficiaires de la CMU-C ou d'une aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (ACS). Dans ce cas, la dispense peut jouer jusqu'à la date à laquelle les salariés cessent de bénéficier de cette couverture ou de cette aide,
- les ayants droit du salarié comme définis ci-dessus, qui bénéficient par ailleurs d'une couverture collective obligatoire frais de santé au sens de l'article R. 242-1-6 du Code de la Sécurité sociale à condition d'en justifier chaque année.

Peuvent également adhérer au régime les personnes de votre famille suivantes :

- le conjoint ni divorcé, ni séparé de corps bénéficiant de son propre chef d'un régime de Sécurité sociale,
- la personne liée au salarié par un pacte civil de solidarité bénéficiant de son propre chef d'un régime de Sécurité sociale,
- le concubin bénéficiant de son propre chef d'un régime de Sécurité sociale, sous réserve d'attestation sur l'honneur de l'affilié,
- les enfants rattachés, pour le bénéfice des prestations maladie et maternité, au régime du conjoint bénéficiaire de l'affilié.

## Protection des données à caractère personnel

*Depuis le 25 mai 2018, le règlement général sur la protection des données personnelles (RGPD) est entré en application. Il a pour objectif de mieux protéger les personnes concernant le traitement de leurs données personnelles.*

*Les informations personnelles et nominatives concernant les assurés, recueillies par la Mutuelle, font l'objet d'un traitement automatisé nécessaire à l'exécution du contrat dont la finalité est de gérer l'adhésion, servir des prestations et proposer des garanties optionnelles à titre individuel.*

*Dans le cadre de l'application des dispositifs du code monétaire et financier, le recueil de certaines informations à caractère personnel est nécessaire à des fins de lutte contre le blanchiment des capitaux et financement du terrorisme.*

*Les données sont collectées et traitées par la MCEN et par ses partenaires, sous-traitants et prestataires dans la limite nécessaire à l'exécution des tâches qui leur sont confiées.*

*En vue de satisfaire aux obligations légales et réglementaires, la Mutuelle peut être amenée à communiquer des informations personnelles à des autorités administratives ou judiciaires sur demande ponctuelle écrite et motivée par les textes législatifs fondant le droit de communication.*

*Aucune information gérée par la Mutuelle ne peut faire l'objet d'une cession ou d'une mise à disposition à des tiers à des fins commerciales.*

*Le responsable du traitement est la Mutuelle des Clercs et Employés de Notaire située 22, rue de l'Arcade 75397 PARIS Cedex 08.*

*Les personnels qui ont connaissance des informations données par l'assuré dans le cadre de la gestion du contrat sont tenues au secret professionnel en vertu de l'article L226-13 du Code pénal.*

*La durée de conservation des données personnelles après une résiliation du contrat ne pourra excéder dix ans.*

*Les données à caractère personnel sont hébergées en France.*

*La Mutuelle met tout en œuvre pour sécuriser et préserver les données collectées.*

*En application de la loi Informatique et Libertés n°78-17 du 6 janvier 1978, modifiée par la loi n°2016-1321 du 7 octobre 2016, l'assuré ou son ayant-droit peut demander à accéder aux informations le concernant, les faire rectifier, effacer, limiter le traitement, en demander la portabilité ou s'opposer à leur communication à un tiers. Ces droits peuvent être exercés en adressant un courrier simple accompagné d'un justificatif d'identité à la MCEN, 22 rue de l'Arcade 75397 Paris Cedex 08 à l'attention de la Responsable de la Conformité chargée du droit d'accès.*

*Pour les données traitées au titre de la lutte contre le blanchiment et le financement du terrorisme, les droits d'accès s'exercent auprès de la Commission Nationale Informatique et Libertés (CNIL) 3, place de Fontenoy - TSA 80715 - 75334 PARIS CEDEX 07.*

Remboursements exprimés en pourcentage de la base de remboursement en vigueur et incluant le remboursement de votre caisse d'assurance maladie obligatoire

SOINS COURANTS	Régime de Base	Régime de Base + Formule 1	Régime de Base + Formule 2
Consultation Généraliste	100% BR (1)	120% BR	150% BR
Consultation Spécialiste, chez un médecin qui :			
- a adhéré au Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée (DPTM) (2)	230% BR	230% BR	250% BR
- n'a pas adhéré au Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée	200% BR	200% BR	200% BR
Auxiliaires médicaux	100% BR	120% BR	130% BR
Actes de spécialité, actes techniques médicaux	100% BR	120% BR	150% BR
Analyses et examens de laboratoire	100% BR	100% BR	100% BR
Actes d'imagerie médicale, chez un radiologue qui :			
- a adhéré au Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée (DPTM) (2)	150% BR	170% BR	200% BR
- n'a pas adhéré au Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée	100% BR	120% BR	150% BR
Transport	100% BR	100% BR	100% BR
Ostéopathie, Chiropraxie, étiothérapie, sophrologie, ergothérapie, acupuncture, psychomotricité, psychothérapie, diététicien, pédicurie	150 € / an / bénéficiaire	165 € / an / bénéficiaire	180 € / an / bénéficiaire

(1) BR : Base de remboursement

(2) DPTM : Dispositifs de Pratique Tarifaire Maîtrisée = OPTAM (Option Pratique Tarifaire maîtrisée) / OPTAM-CO (Option Pratique Tarifaire Maîtrisée - Chirurgie-Obstétrique)

PHARMACIE	Régime de Base	Régime de Base + Formule 1	Régime de Base + Formule 2
Médicament à service médical rendu majeur, important ou modéré	100% BR (1)	100% BR	100% BR
Médicament à service médical rendu faible (vignette orange)	15% BR	100% BR	100% BR
Contraception remboursée par la sécurité sociale	100% BR	100% BR	100% BR
Contraception non remboursée	50 € / an / bénéficiaire	70 € / an / bénéficiaire	100 € / an / bénéficiaire
Vaccin anti grippe	100 % FR (3)	100 % FR	100 % FR
Pharmacie prescrite non remboursée (y compris l'homéopathie)	15 € / an / bénéficiaire	20 € / an / bénéficiaire	40 € / an / bénéficiaire
Sevrage tabagique	30 € / an / bénéficiaire	50 € / an / bénéficiaire	70 € / an / bénéficiaire

(1) BR : Base de remboursement

(3) FR : Frais réels

PROTHÈSE	Régime de Base	Régime de Base + Formule 1	Régime de Base + Formule 2
<b>Prothèse auditive du panier de soins 100 % Santé - Classe 1 (sans reste à charge)</b>			
Prothèse auditive adulte par appareil (à compter du 1er janvier 2021)	Prise en charge intégrale	Prise en charge intégrale	Prise en charge intégrale
Prothèse auditive enfant par appareil (< 21 ans) (à compter du 1er janvier 2021)	Prise en charge intégrale	Prise en charge intégrale	Prise en charge intégrale
<b>Prothèse auditive du panier de soins à honoraires libres - Classe 2</b>			
Prothèse auditive adulte par appareil	100 % BR (1) + 1178 € (4)	150 % BR + 1178 €	200 % BR + 1 178 €
Prothèse auditive enfant par appareil (< 21 ans)	100 % BR + 1 000 € (4)	150 % BR + 1 000 €	200 % BR + 1 000 €
Accessoires pour prothèse auditive : embouts auriculaires, écouteurs, piles, etc	100% BR	100% BR	100% BR
<b>Autres prothèses, appareillages, orthopédie et podologie</b>			
Prothèses capillaire et mammaire	100 % BR + 400 €	150 % BR + 400 €	200 % BR + 400 €
Petit appareillage	100 % BR + 31 €	100 % BR + 60 €	100 % BR + 100 €
Orthopédie – Podologie	125% BR	150% BR	200% BR
Gros appareillage	125% BR	150% BR	200% BR

(1) BR : Base de remboursement

(4) Dans le cadre du contrat responsable, à partir de 2021, les remboursements seront plafonnés à 1700€ y compris la participation de la sécurité sociale. Le remboursement sera limité à un appareil par oreille et par bénéficiaire, tous les 4 ans, à compter de la date d'achat.

DENTAIRE	Régime de Base	Régime de Base + Formule 1	Régime de Base + Formule 2
<b>Soins et prothèses du panier de soins 100% santé (sans reste à charge)</b>			
Soins et prothèses dentaires	Prise en charge intégrale	Prise en charge intégrale	Prise en charge intégrale
<b>Soins hors panier de soins 100% santé (honoraires maîtrisés et libres)</b>			
Soins dentaires	100% BR (1)	120% BR	150% BR
Inlay – Onlay	150% BR	170% BR	200% BR
<b>Prothèses hors panier de soins 100% santé (honoraires maîtrisés et libres)</b>			
Prothèse dentaire et Inlay-core acceptés	500% BR dents visibles (5) 400% BR dents non visibles	500% BR dents visibles 400% BR dents non visibles	500% BR dents visibles 400% BR dents non visibles
Prothèse dentaire refusée	-	200% BR	300 % BR
<b>Orthodontie</b>			
Orthodontie acceptée	450% BR	450% BR	450% BR
Orthodontie refusée	193,50 € / semestre	193,50 € / semestre	387 € / semestre
<b>Autres actes dentaires</b>			
Implantologie (hors implant accepté par la sécurité sociale)	550 € / implant	650 € / implant	800 € / implant
Parodontologie non remboursée	200 € / an / bénéficiaire	220 € / an / bénéficiaire	250 € / an / bénéficiaire

(1) BR : Base de remboursement

(5) Les dents visibles sont les incisives, canines et prémolaires, les dents non visibles sont les molaires et dents de sagesse.

## Garanties Collectives

Remboursements exprimés en pourcentage de la base de remboursement en vigueur et incluant le remboursement de votre caisse d'assurance maladie obligatoire

OPTIQUE	Régime de Base	Régime de Base + Formule 1	Régime de Base + Formule 2
<b>Panier 100% santé</b>			
Monture et verres (adultes et enfants) du panier 100% santé	Prise en charge intégrale	Prise en charge intégrale	Prise en charge intégrale
<b>Panier libre</b>			
Prestation d'adaptation de l'ordonnance médicale de verre correcteur par l'opticien	100% BR (1)	100% BR	100% BR
<b>Lunettes adulte (16 ans et +)</b>			
Monture adulte	100 €	135 €	185 €
Verre simple adulte (6)	160 € / verre	210 € / verre	260 € / verre
Verre complexe adulte (6)	200 € / verre	250 € / verre	300 € / verre
Verre très complexe adulte (6)	240 € / verre	290 € / verre	340 € / verre
<b>Lunettes enfant (- 16 ans)</b>			
Monture enfant (- 16 ans)	100 €	120 €	150 €
Verre enfant (- 16 ans) (6)	160 € / verre	180 € / verre	200 € / verre
<b>Lentilles correctives</b>			
Lentilles correctives remboursées par la sécurité sociale	350 € / an / bénéficiaire	400 € / an / bénéficiaire	450 € / an / bénéficiaire
Lentilles correctives non remboursées	170 € / an / bénéficiaire	200 € / an / bénéficiaire	230 € / an / bénéficiaire
<b>Autres actes optiques</b>			
Kératectomie	600 € / œil	650 € / œil	700 € / œil
Implant oculaire	600 € / œil	650 € / œil	700 € / œil

(1) BR : Base de remboursement

(6) Verre simple : verre simple foyer dont la sphère est comprise entre -6.00 et +6.00 et dont le cylindre est inférieur ou égal à +4.00.

Verre complexe : verre simple foyer dont la sphère est hors zone de -6.00 à +6.00 ou dont le cylindre est supérieur à +4.00 et verre multifocal ou progressif.

Verre très complexe : verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique dont la sphère est hors zone de -8.00 à +8.00 ou verre multifocal ou progressif sphérique dont la sphère est hors zone de -4.00 à +4.00.

Pour les assurés de 16 ans et plus : la prise en charge de la mutuelle est limitée à 1 équipement par période de 24 mois et elle peut être réduite à 12 mois en cas d'évolution de la vue. Pour les assurés de moins de 16 ans : la prise en charge de la mutuelle est limitée à 1 équipement par période de 12 mois (par période de 6 mois pour les enfants jusqu'à 6 ans) et elle peut être sans délai en cas d'évolution de la vue pour l'acquisition de verres.

HOSPITALISATION (y compris la maternité)			
Frais de séjour (y compris l'ambulatoire)	100% BR (1)	200% BR	250% BR
Honoraires médicaux	100% BR	200% BR	250% BR
Honoraires chirurgicaux, chez un médecin qui :			
- a adhéré au Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée (DPTM) (2)	220% BR	230% BR	250% BR
- n'a pas adhéré au Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée	200% BR	200% BR	200% BR
Forfait journalier	100 % FR (3)	100 % FR	100 % FR
Chambre particulière	54 € / jour	60 € / jour	80 € / jour
Frais d'accompagnement	31 € / jour	45 € / jour	60 € / jour
Allocation frais accessoires (téléphone, télévision)	-	120 €	150 €

(1) BR : Base de remboursement

(2) DPTM : (Dispositifs de Pratique Tarifaire Maîtrisée) = OPTAM (Option Pratique Tarifaire maîtrisée) / OPTAM-CO (Option Pratique Tarifaire Maîtrisée - Chirurgie-Obstétrique)

(3) FR : Frais réels

AUTRES			
Cure Thermale			
- Honoraires	100% BR (1)	100% BR	100% BR
- Frais de transport et d'hébergement remboursés par la sécurité sociale	100% BR	100% BR	100% BR
- Voyage et hébergement non remboursés par la sécurité sociale	50 €	150 €	200 €
Frais d'obsèques (7)	1 525 €	1 525 €	1 525 €
Assistance à domicile - aide à domicile, aide-ménagère, prise en charge des enfants(8)	Voir notice	Voir notice	Voir notice

(1) BR : Base de remboursement

(7) Dans le cadre d'un contrat collectif souscrit par la MCEN pour le compte de ses adhérents

(8) Garantie assurée par Inter Mutuelles Assistance dans le cadre d'un contrat collectif souscrit par la MCEN pour le compte de ses adhérents

PREVENTION ET DEPISTAGE			
Aide à l'achat de masques Covid (sur présentation d'une facture)	15 € / an / bénéficiaire	15 € / an / bénéficiaire	15 € / an / bénéficiaire
L'ensemble des actes de prévention et de dépistage remboursés par la sécurité sociale	100% BR	100% BR	100% BR