

CE QU'IL FAUT FAIRE & SAVOIR ...

Augmenter vos remboursements : Option 1 ou Option 2

Vous pouvez choisir l'une de nos options en sus de votre contrat de Base en consultant les garanties et le règlement mutualiste surcomplémentaire sur notre site : <https://www.mcen.fr>

Si vous vous affiliez au contrat de Base et au contrat surcomplémentaire en même temps, vous devez remettre le bulletin et les pièces à la personne en charge de la gestion de la mutuelle dans votre entreprise.

Les contrats

Le contrat de Base est un contrat santé obligatoire souscrit par votre employeur. La réglementation en vigueur impose la prise en charge minimum de 50 % du financement de la cotisation par votre employeur. La cotisation obligatoire – Garantie de Base Frais de Santé est prélevée tous les mois sur votre bulletin de salaire.

Pour connaître le montant de vos cotisations, veuillez-vous rapprocher de votre service Comptabilité ou Ressources Humaines.

Les contrats Option 1 et 2 sont des contrats surcomplémentaires individuels. L'option choisie s'applique obligatoirement à tous vos ayants-droit inscrits au contrat de Base. Pour les cotisations afférentes, vous recevrez un échéancier et la somme due sera automatiquement prélevée sur votre compte bancaire.

L'inscription

L'employeur peut réaliser l'inscription à partir du présent bulletin papier ou depuis son **espace privé Entreprise**. Il lui suffit d'aller sur notre site : <https://www.mcen.fr> Espace privé (bouton en haut à droite) puis une fois connecté aller dans la rubrique Mes salariés / Inscrire un salarié (bouton en bas de page).

De même pour les options 1 ou 2, vous pouvez nous transmettre directement le présent bulletin complété et votre RIB sans passer par votre entreprise. Vous avez également la possibilité de souscrire en ligne sur notre site : <https://www.mcen.fr>

Au cours du contrat optionnel, en cas de changement pour une garantie inférieure, vous pouvez reprendre une garantie supérieure passé un délai de 3 ans.

Vous pouvez renoncer aux garanties surcomplémentaires après expiration d'un délai de 12 mois à compter de la date de souscription.

L'adhésion cesse de produire ses effets à compter de la date à laquelle vous ne bénéficiez plus du Régime de Base Santé, ce qui peut se produire :

- si votre employeur résilie le contrat Régime de Base Santé,
- si vous ne remplissez plus les conditions requises pour adhérer au contrat,
- en cas de rupture du contrat de travail quel qu'en soit le motif (licenciement, démission, départ à la retraite, décès, etc.).

Une fois votre inscription validée par nos services, vous recevrez votre carte de tiers payant et nous vous ferons parvenir des codes vous permettant de vous connecter à votre **espace personnel**.

Les pièces à joindre

Dans tous les cas

- copie de l'attestation de droits pour chaque bénéficiaire du contrat, document disponible sur votre espace www.ameli.fr
- copie recto verso de la pièce d'identité en cours de validité de l'adhérent et de chaque bénéficiaire majeur,
- un Relevé d'Identité Bancaire.

Pour vos ayants droit 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 : attestation France Travail ;
- enfant reconnu handicapé avant l'âge de 28 ans : copie du justificatif de versement d'allocation ;
- personnes à charge fiscale : déclaration d'impôt disponible sur www.impôts.gouv.fr.

Pour les congés parentaux 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".

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 :

Régime de base MCEN	Régime de base MCEN		Régime de base MCEN + Option 1 (Responsable)		Régime de base MCEN + Option 2 (Non responsable)	
	Adhérent OPTAM (CO) <small>(honoraires maîtrisés)</small>	Non adhérent OPTAM (CO) <small>(honoraires libres)</small>	Adhérent OPTAM (CO) <small>(honoraires maîtrisés)</small>	Non adhérent OPTAM (CO) <small>(honoraires libres)</small>	Adhérent OPTAM (CO) <small>(honoraires maîtrisés)</small>	Non adhérent OPTAM (CO) <small>(honoraires libres)</small>
Remboursements exprimés en pourcentage de la base de remboursement en vigueur et incluant le remboursement de votre caisse d'assurance maladie obligatoire						
Hospitalisation						
Frais de séjour	100% BR		200% BR		300% BR	
Honoraires médicaux	100% BR	100% BR	220% BR	200% BR	300% BR	200% BR
Honoraires chirurgicaux	250% BR	200% BR	270% BR	200% BR	300% BR	200% BR
Forfait actes lourds	Prise en charge intégrale		Prise en charge intégrale		Prise en charge intégrale	
Forfait journalier	Prise en charge intégrale		Prise en charge intégrale		Prise en charge intégrale	
Chambre particulière	54 € / jour		60 € / jour		80 € / jour	
Frais d'accompagnement	35 € / jour		50 € / jour		65 € / jour	
Allocation frais accessoires (téléphone, télévision)	-		120 € /an		150 € /an	
Soins courants						
Consultation généraliste	100% BR	100% BR	120% BR	100% BR	150% BR	120% BR
Consultation spécialiste	250% BR	200% BR	270% BR	200% BR	300% BR	200% BR
Actes techniques médicaux et actes de spécialités	120% BR	100% BR	140% BR	100% BR	170% BR	120% BR
Actes d'imagerie médicale	150% BR	100% BR	170% BR	100% BR	200% BR	150% BR
Analyses et examens de laboratoire	100% BR		100% BR		100% BR	
Auxiliaires médicaux	100% BR		120% BR		130% BR	
Transport	100% BR		100% BR		100% BR	
Pharmacie						
Médicament à service médical rendu majeur, important ou modéré	100% BR		100% BR		100% BR	
Médicament à service médical rendu faible	15% BR		100% BR		100% BR	
Vaccin Anti-grippe	Prise en charge intégrale		Prise en charge intégrale		Prise en charge intégrale	
Pharmacie prescrite non remboursée par le RO (homéopathie,...)	15 € / an		35 € / an		55 € / an	
Contraception prescrite non remboursée par le RO	50 € / an		75 € / an		100 € / an	
Sevrage tabagique	50 € / an		75 € / an		100 € / an	
Appareillage / Matériel médical						
Prothèses capillaires et fauteuils roulants "100 % Santé"	Prise en charge intégrale		Prise en charge intégrale		Prise en charge intégrale	
Prothèses capillaires et mammaires	100% BR + 400 € / prothèse		150% BR + 400 € / prothèse		200% BR + 400 € / prothèse	
Prothèses orthopédiques	150% BR		200% BR		250% BR	
Gros appareillage	150% BR		200% BR		250% BR	
Petit appareillage	100% BR + 31 € / appareil		100% BR + 60 € / appareil		100% BR + 100 € / appareil	
Aides auditives*						
Équipement "100 % Santé"	Prise en charge intégrale		Prise en charge intégrale		Prise en charge intégrale	
Équipement hors "100 % Santé"	1 700 € / aide auditive		1 700 € / aide auditive		1 700 € / aide auditive	
Accessoires pour aides auditives : consommables, piles...	100% BR		100% BR		100% BR	
*Le remboursement sera limité à une aide auditive par oreille et par bénéficiaire, tous les 4 ans, à compter de la date d'achat.						
Optique						
Pour les personnes 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 enfants de 6 ans à 15 ans : la prise en charge de la mutuelle est limitée à 1 équipement par période 12 mois et elle peut être sans délai en cas d'évolution de la vue. Pour les enfants de 0 à 5 ans : la prise en charge de la mutuelle est limitée à 1 équipement par période de 6 mois et elle peut être sans délai en cas d'évolution de la vue.						
Équipement "100 % Santé"	Prise en charge intégrale		Prise en charge intégrale		Prise en charge intégrale	
Équipement hors "100 % Santé" à partir de 16 ans et +						
Monture	100 €		100 €		185 €	
Verre simple	160 €		160 €		160 €	
Verre complexe	200 €		250 €		300 €	
Verre très complexe	250 €		300 €		350 €	
Prestations d'adaptation de l'ordonnance médicale par l'opticien	100% BR		100% BR		100% BR	
Équipement hors "100 % Santé" pour les moins de 16 ans						
Monture	100 €		100 €		150 €	
Verre simple	160 €		160 €		160 €	
Verre complexe et très complexe	160 €		180 €		200 €	
Prestations d'adaptation de l'ordonnance médicale par l'opticien	100% BR		100% BR		100% BR	
Lentilles correctives remboursées par le RO	350 € / an		400 € / an		450 € / an	
Lentilles correctives non remboursées par le RO	170 € / an		200 € / an		230 € / an	
Kératectomie	600 € / œil		650 € / œil		700 € / œil	
Implant oculaire	600 € / œil		650 € / œil		700 € / œil	

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

Remboursements exprimés en pourcentage de la base de remboursement en vigueur et incluant le remboursement de votre caisse d'assurance maladie obligatoire	Régime de base MCEN		Régime de base MCEN + Option 1 (Responsable)		Régime de base MCEN + Option 2 (Non responsable)	
	Adhérent OPTAM (CO) <small>(honoraires maîtrisés)</small>	Non adhérent OPTAM (CO) <small>(honoraires libres)</small>	Adhérent OPTAM (CO) <small>(honoraires maîtrisés)</small>	Non adhérent OPTAM (CO) <small>(honoraires libres)</small>	Adhérent OPTAM (CO) <small>(honoraires maîtrisés)</small>	Non adhérent OPTAM (CO) <small>(honoraires libres)</small>
Dentaire						
Remboursés par le Régime Obligatoire (RO)						
Soins et prothèses "100% santé"	Prise en charge intégrale		Prise en charge intégrale		Prise en charge intégrale	
Soins dentaires	100% BR		120% BR		150% BR	
Inlays-onlays	150% BR		170% BR		200% BR	
Prothèses dentaires et Inlays-core sur dents visibles	550% BR		550% BR		550% BR	
Prothèses dentaires et Inlays-core sur dents non visibles	350% BR		400% BR		450% BR	
Orthodontie	450% BR		450% BR		450% BR	
Non remboursés par le Régime Obligatoire (RO)						
Implantologie	550 € / implant		700 € / implant		850 € / implant	
Parodontologie	200 € / an		220 € / an		250 € / an	
Prothèses dentaires refusées	-		200% BRR		300% BRR	
Orthodontie (traitement hors examens préalable)	-		193,50 € / semestre		387 € / semestre	
Autres garanties						
Cure thermique						
Honoraires	100% BR		100% BR		100% BR	
Transport et d'hébergement remboursés par le RO	100% BR		100% BR		100% BR	
Voyage et hébergement non remboursés par le RO	50€ / an		150€ / an		250€ / an	
Médecines douces : Ostéopathie, Chiropractie, étiopathie, sophrologie, ergothérapie, acupuncture, psychomotricité, diététicien, pédicurie, psychotérapie, psychologue	50€ / séance limité à 3 séances par an		60€ / séance limité à 3 séances par an		70€ / séance limité à 3 séances par an	
Séances d'accompagnement psychologique remboursées par RO "Mon soutien psy"	100% BR limité à 12 séances / an		100% BR limité à 12 séances / an		100% BR limité à 12 séances / an	
Prévention et dépistage : ensemble des actes de prévention remboursés par la RO (L 871-1 du code de la Sécurité sociale)	100% BR		100% BR		100% BR	
Prise en charge du Sport sur ordonnance pour les personnes atteintes d'une Affection de longue durée (ALD).	150€ / an		200€ / an		250€ / an	
Frais d'obsèques sur présentation de factures	1 525 €		1 525 €		1 525 €	
Assistance à domicile - aide à domicile, aide-ménagère...	Voir notice Mutuaide		Voir notice Mutuaide		Voir notice Mutuaide	

LEXIQUE :

BR : Base de remboursement du Régime Obligatoire. En secteur non conventionné, l'institution applique le tarif d'autorité de cet organisme

BRR : Base de remboursement reconstituée du Régime Obligatoire

RO : Régime obligatoire (CPAM, CRPCEN...)

OPTAM : Option Pratique Tarifaire maîtrisée & OPTAM-CO : Option Pratique Tarifaire Maîtrisée - Chirurgie-Obstétrique

L'OPTAM est un contrat conclu entre les médecins et l'Assurance Maladie. Son but est de maîtriser les dépassements d'honoraires en les encadrant.

Pour savoir si le médecin adhère à l'OPTAM ou à l'OPTAM-CO, rendez-vous sur <http://annuaire.sante.ameli.fr/>

Médicament à service médical rendu faible : Vignette orange

Dents visibles : Incisives, canines et prémolaires

Dents non visibles : molaires et dents de sagesse

Hors parcours de soins : Si le Régime Obligatoire minore son remboursement car vous n'avez pas respecté le parcours de soins, cette minoration ne sera pas prise en charge par la MCEN

Médecines douces : Concerne des pratiques thérapeutiques non remboursées par le Régime Obligatoire. Les actes doivent être pratiqués par un professionnel de santé diplômé d'état ou ayant obtenu un diplôme délivré par des établissements agréés, dans sa spécialité ou ayant enregistré son diplôme dans les répertoires nationaux RPPS ou ADELI.

ALD : La liste de ces ALD représente un groupe de maladies qui nécessitent un traitement particulier et un suivi prolongé (article L. 322-3 du Code de la Sécurité Sociale).

Garantie frais obsèques : c'est une garantie non viagère et sans option de rachat.

MUTUAIDE : Garantie assurée dans le cadre d'un contrat collectif souscrit par la MCEN pour le compte de ses adhérents

Les verres simples, complexes et très complexes sont tels que définis dans le décret n° 2019-21 du 11 janvier 2019 visant à garantir un accès sans reste à charge à certains équipements d'optique, aides auditives, soins prothétiques dentaires, prothèses capillaires et fauteuils roulants.

Contrat responsable / non responsable : Les contrats responsables sont des contrats santé qui répondent à certaines exigences fixées par la loi. Ils ont été introduits par la loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie, dans le but de promouvoir une meilleure utilisation des soins médicaux et de contenir les dépenses de santé.