



---

Toujours à vos côtés, encore plus accessible

Rejoignez la MCEN en 2026 et  
profitez de nombreux avantages

- ✧ Cotisations inférieures à l'accord de Branche
- ✧ Garanties supérieures à l'accord de Branche
- ✧ Gratuité le 1<sup>er</sup> mois de souscription de l'entreprise sur le contrat de base
- ✧ Un service 100% dédié au Notariat

Toute demande de souscription peut être faite sur notre site  
depuis le lien : <https://souscription.mcen.fr>

ou par courriel à : [contact-entreprise@mcen.fr](mailto:contact-entreprise@mcen.fr)

Vous pouvez également nous contacter  
au 01 70 36 70 21

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.

La cotisation du mois de souscription de l'entreprise est  
offerte en 2026 sur le contrat de base

## Le contrat de base de la branche 2026

Taux de cotisations mensuels TTC en % du PMSS * (employeur et salarié, <u>précomptées par l'entreprise</u> )		Bénéficiaire à titre obligatoire <i>sauf cas de dispense</i> 			
		Salarié "CRPCEN"		Salarié "Régime Général"	
2026	Cotisations « isolé » - Salarié seul	1,62%	64,88 €	2,10%	84,11 €
	Cotisations « famille » - Salarié avec ayant(s)-droit à charge	2,50%	100,13 €	3,24%	129,76 €

Les salariés du Notariat bénéficient d'une participation mensuelle du CSN - Comité Mixte de 5 € à déduire des cotisations ci-dessus.

Taux de cotisations mensuels TTC en % du PMSS * (à la charge du salarié mais <u>précomptées par l'entreprise</u> )		Adhésion facultative 			
		Bénéficiaire "CRPCEN"		Bénéficiaire "Régime Général"	
2026	Conjoint non à charge	1,91 %	76,50 €	2,47 %	98,92 €
	Enfant non à charge	1,02 %	40,85 €	1,33 %	53,27 €

\* PMSS : Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale : 4005 en 2026

## Les formules facultatives 2026

Cotisations mensuelles à la charge du salarié	Option 1	Option 2
Adhérent seul	6,41€ / mois	17,55€ / mois
Adhérent avec ayant(s)-droit obligatoire(s)	+ 2,39€ / mois	+ 6,42€ / mois
Conjoint non à charge	+ 7,19€ / mois	+ 19,71€ / mois
Enfant(s) non à charge	+ 2,39€ / mois	+ 6,42€ / mois

Les cotisations surcomplémentaires sont prélevées directement sur le compte du salarié.



# DEMANDE DE SOUSCRIPTION

A un contrat collectif obligatoire

*Les informations requises au titre du présent questionnaire sont nécessaires à la mutuelle pour déterminer les besoins et exigences en matière d'assurance collective "frais de santé" et adapter son conseil à la situation de votre entreprise.*

## 1. Présentation de la mutuelle

**MCEN**

**22, rue de l'arcade 75397 PARIS cedex 08 – N°SIREN : 784 338 618**

## 2. Identification de l'entreprise

Raison Sociale : .....

Adresse : .....

CP : ..... Ville : .....

N° SIREN : ..... NIC : ..... ☐ Bureau annexe

Code APE : ..... N° d'immatriculation CRPCEN : .....

Accord de branche : CCN du notariat (n° IDCC 2205)

Effectif total de l'entreprise : .....

Nom et qualité du représentant légal de l'entreprise : .....

Nom et qualité du correspondant : .....

## 3. Expression des besoins

### 3.1 Le besoin

**Vous recherchez un régime frais de santé respectant vos obligations conventionnelles et conforme aux contrats responsables afin de bénéficier des avantages sociaux et fiscaux de ce dispositif.**

☐ Oui

☐ Non

### 3.2. Le personnel bénéficiaire du régime frais de santé

Selon l'accord de branche relatif à la complémentaire santé et ses avenants, le régime frais de santé concerne l'ensemble du personnel.

### 3.3. Participation de l'employeur

Conformément à la loi sur la généralisation de la complémentaire santé, dite **Accord National Interprofessionnel** (ANI), l'employeur finance 50% des cotisations du Régime de Frais de Santé souscrit à titre obligatoire pour l'ensemble de ses salariés.

#### 4. Notre solution justifiée

Compte tenu des informations et besoins recueillis dans le présent document, nous vous invitons à souscrire notre offre de garanties collectives car celle-ci est conforme à l'accord de branche du 21 novembre 2019 relatif à la complémentaire santé et ses avenants, tout en vous proposant des garanties supplémentaires.

**Date souhaitée d'adhésion :** | \_ \_ | \_ \_ | \_ \_ \_ \_ |

☐ Je reconnais avoir été informé(e) et conseillé(e) sur la définition, le fonctionnement et l'étendue de la couverture Santé retenue. Je reconnais que cette offre correspond aux besoins et exigences que j'ai communiqués.

☐ Je confirme que les déclarations ou réponses qui ont servi de base à l'établissement du présent document sont sincères et exactes et reconnais avoir pris connaissance du devoir de conseil que je signe en connaissance de cause.

Fait le : .....

A : .....

☐ Mme ☐ M.

Nom/prénom : .....

.....

En qualité de : .....

Signature :

**A nous retourner accompagnée d'un extrait KBIS ou d'une fiche INSEE**

*Les informations contenues dans ce document ne seront utilisées que pour les seules nécessités de la gestion et pourront donner lieu à l'exercice du droit d'accès auprès de nos services dans les conditions prévues par la délibération n° 80-10 du 1er avril 1980 de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL). Les droits d'accès et de rectification peuvent s'exercer en s'adressant au siège social de la MCEN - 22, rue de l'Arcade - 75397 PARIS cedex 08.*



---

MUTUELLE DES CLERCS ET EMPLOYES DE NOTAIRE  
22, rue de l'Arcade – 75008 PARIS  
[www.mcen.fr](http://www.mcen.fr)

Ligne direct entreprise : 01 70 36 70 21  
Courriel : [contact-entreprise@mcen.fr](mailto:contact-entreprise@mcen.fr)

---