

**Janvier 2018**

**CONDITIONS RESERVEES AUX ADHERENTS  
DE L'ASSOCIATION ALSACE-CARDIO  
"ENSEMBLE DES MEMBRES"**

**IMPORTANT**

**CONTRATS RESPONSABLES**

Les garanties du contrat s'inscrivent dans le cadre du dispositif législatif, relatif aux contrats d'assurance complémentaire santé bénéficiant d'une aide, dits "contrats responsables" défini par l'article L. 871-1, R.871-1 et R. 871-2 du Code de la sécurité sociale dans leur version en vigueur à compter du 1<sup>er</sup> avril 2015 (voir précisions en dernière page).

**PRECISIONS :**

- ☞ Pas de questionnaire médical
- ☞ **Consultation de vos remboursements sur notre site internet : [www.mc-alsace.fr](http://www.mc-alsace.fr)**
- ☞ Des centres d'optique, dentaires et d'audioprothèse à votre service avec Tiers-Payant
- ☞ Et de nombreux autres services.

ALSACE - CARDIO	
	NOS PRESTATIONS En plus du remboursement de la Sécurité Sociale
ACTES	NORMALE

Frais médicaux	
Consultations, visites généralistes OPTAM	TM + 45 % BR
Consultations, visites généralistes Hors OPTAM	TM + 25 % BR
Consultations, visites spécialistes OPTAM/OPTAM-CO	TM + 45 % BR
Consultations, visites spécialistes Hors OPTAM/OPTAM-CO	TM + 25 % BR
Pharmacie remboursée par la Sécurité Sociale	TM
Radiologie OPTAM	TM
Radiologie Hors OPTAM	TM
Echographie - Doppler OPTAM/OPTAM-CO	TM
Echographie - Doppler Hors OPTAM/OPTAM-CO	TM
Analyses	TM
Actes techniques médicaux OPTAM/OPTAM-CO	TM + 45 % BR
Actes techniques médicaux Hors OPTAM/OPTAM-CO	TM + 25 % BR
Auxiliaires médicaux	TM
Participation forfaitaire pour les actes dont la BR est >= à 120€	Frais réels, actuellement 18 €

Optique	
Equipelement verres simples (catégorie "a" du décret n°2014-1374 du 18/11/2014)	Forfait de 130 €
Equipelement verres complexes (catégorie "c" du décret n°2014-1374 du 18/11/2014)	Forfait de 200 €* *
Equipelement verres très complexes (catégorie "f" du décret n°2014-1374 du 18/11/2014)	Forfait de 200 €* *
<b>*Monture remboursement maximal</b> : 150 € compris dans les forfaits ci-dessus	
Cette garantie s'applique, s'agissant des lunettes, aux frais exposés pour l'acquisition d'un équipement composé de deux verres et d'une monture, par période de deux ans dans la limite du plafond prévu par le contrat responsable. Toutefois, pour les enfants de moins de 18 ans ou en cas de renouvellement de l'équipement justifié par une évolution de la vue, elle s'applique pour les frais exposés pour l'acquisition d'un équipement par période d'un an.	
Lentilles acceptées, refusées par la S.S. ou jetables	2 % du PMSS par an et par bénéficiaire

Dentaire	
Soins dentaires	TM
Prothèses dentaires acceptées par la S.S.	TM + 90 % BR
Prothèses dentaires non prises en charge par la S.S. (hors implants)	-
Orthodontie acceptée par la S.S. (enfants - de 16 ans)	TM + 100 % BR
Orthodontie non prise en charge par la S.S. (bénéficiaire de - de 25 ans)	-
Plafond par an et par bénéficiaire pour l'ensemble des actes dentaires (hors TM)	3 000 €

Appareillage, orthopédie	TM + 90 % BR
Appareillage auditif	TM + 90 % BR par oreille
Véhicule pour handicapé physique dans la limite d'un fauteuil tous les trois ans	TM + 100 % BR

<b>ALSACE - CARDIO</b>	
	<b>NOS PRESTATIONS</b> En plus du remboursement de la Sécurité Sociale
<b>ACTES</b>	<b>NORMALE</b>

<b>Hospitalisation</b>	
<b>Hospitalisation, maladie, chirurgie, maternité, moyen séjour, psychiatrie</b> (hôpitaux conventionnés)	100% des frais de séjour
<b>Chambre particulière</b> (neuropsychiatrie, maison de repos et rééducation fonctionnelle : prise en charge limitée à 89 jours)	100 € par jour
<b>Dépassements d'honoraires</b> (actes pris en charge par la Sécurité Sociale) Chirurgie, anesthésie, maternité. <b>OPTAM/OPTAM-CO</b>	TM + 50 % BR limité à 150 € / an / bénéficiaire (Hors TM)
<b>Dépassements d'honoraires</b> (actes pris en charge par la Sécurité Sociale) Chirurgie, anesthésie, maternité. <b>Hors OPTAM/OPTAM-CO</b>	TM + 30 % BR limité à 120 € / an / bénéficiaire (Hors TM)
<b>Forfait journalier</b>	Prise en charge illimitée

<b>Frais d'accompagnement *</b>	100% des frais réels
Pour les enfants de moins de 16 ans	Remboursement des frais d'un accompagnant quel qu'il soit, sous réserve que la personne hospitalisée soit membre participant de la mutuelle ou son ayant droit.
*Il est précisé que l'accompagnant doit séjourner dans l'établissement hospitalier ou dans une structure d'accueil dédiée et que seuls les frais d'hébergement et de séjour sont pris en charge.	

<b>Cures thermales</b>	
Soins	TM
Hébergement (sur présentation de la facture acquittée) Participation à raison de 2 cures par an et par famille	Forfait de 155 €

<b>Transport accepté par la Sécurité Sociale</b> (ambulance, véhicule sanitaire léger)	TM
<b>Prime de mariage</b>	Forfait de 92 € par cotisant
<b>Prime de naissance</b>	Forfait de 92€ par enfant
<b>Aide ménagère</b>	Participation jusqu'à concurrence de 2 € de l'heure en cas de prise en charge par le Régime Obligatoire ou la C.A.F.
<b>Fonds Social</b>	Attribution de secours exceptionnels pour les dépenses de santé après étude des cas présentés dans la limite de un cas par famille et par an.
<b>MCA Assistance (assistance à domicile 24h24 - 7j/7)</b>	Secours d'urgence : Assistance en cas d'hospitalisation, en cas de maladie d'un enfant, service d'information par téléphone, aide aux aidants de proches dépendants.

<b>ACTES DE PREVENTION PRIS EN CHARGE PAR LA MCA DANS LE CADRE DU CONTRAT RESPONSABLE (voir annexe)</b>
---

<b>PACK Prévention - Médecines douces par an et par bénéficiaire (1)</b>	
Pilule et patchs contraceptifs	Forfait global de 60 € par an et par bénéficiaire*
Vaccin anti-grippe	
Ostéodensitométrie	
Sevrage tabagique (avec prescription médicale)	
Consultations chez un diététicien (enfant de - de 16 ans)	
Consultations ostéopathe, chiropracteur, acupuncteur, homéopathe, étio-pathe (sur présentation d'une facture acquittée mentionnant obligatoirement le numéro Siret et/ou Adeli du praticien)	
Les consultations d'ostéopathie et de chiropractie sont prises en charge dans la limite du contrat si les consultations ont été effectuées auprès de titulaires d'un diplôme sanctionnant une formation spécifique à l'ostéopathie ou à la chiropractie délivrée dans un établissement de formation agréé par le Ministère chargé de la Santé.	
Médicaments prescrits non remboursés par le Régime Obligatoire sur présentation de la photocopie de l'ordonnance médicale et du volet de facturation du pharmacien (médicaments dont le taux de TVA est inférieur à 20% et qui figurent dans le répertoire des spécialités pharmaceutiques de l'ANSM).	*dont 15 € maximum

OPTAM/CO : Option de Pratique Tarifaire Maitrisée/Chirurgiens-Obstétriciens      TM : Ticket Modérateur  
BR : Base de Remboursement du Régime Obligatoire      RO : Régime Obligatoire      CAF : Caisse d'Allocations Familiales  
ANSM : Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé

**N.B. : Toutes les prestations (y compris les forfaits) sont remboursées dans la limite des frais réellement engagés avec prise en charge intégrale du TM (Ticket Modérateur)**

ALSACE - CARDIO	
	NOS PRESTATIONS En plus du remboursement de la Sécurité Sociale
ACTES	AMELIOREE

Frais médicaux	
Consultations, visites généralistes OPTAM	TM + 45 % BR
Consultations, visites généralistes Hors OPTAM	TM + 25 % BR
Consultations, visites spécialistes OPTAM/OPTAM-CO	TM + 45 % BR
Consultations, visites spécialistes Hors OPTAM/OPTAM-CO	TM + 25 % BR
Pharmacie remboursée par la Sécurité Sociale	TM
Radiologie OPTAM	TM
Radiologie Hors OPTAM	TM
Echographie - Doppler OPTAM/OPTAM-CO	TM
Echographie - Doppler Hors OPTAM/OPTAM-CO	TM
Analyses	TM
Actes techniques médicaux OPTAM/OPTAM-CO	TM + 45 % BR
Actes techniques médicaux Hors OPTAM/OPTAM-CO	TM + 25 % BR
Auxiliaires médicaux	TM
Participation forfaitaire pour les actes dont la BR est >= à 120€	Frais réels, actuellement 18 €

Optique	
Equiperment verres simples (catégorie "a" du décret n°2014-1374 du 18/11/2014)	Forfait de 210 €*
Equiperment verres complexes (catégorie "c" du décret n°2014-1374 du 18/11/2014)	Forfait de 210 €*
Equiperment verres très complexes (catégorie "f" du décret n°2014-1374 du 18/11/2014)	Forfait de 210 €*
<b>*Monture remboursement maximal</b> : 150 € compris dans les forfaits ci-dessus	
<p>Cette garantie s'applique, s'agissant des lunettes, aux frais exposés pour l'acquisition d'un équipement composé de deux verres et d'une monture, par période de deux ans dans la limite du plafond prévu par le contrat responsable. Toutefois, pour les enfants de moins de 18 ans ou en cas de renouvellement de l'équipement justifié par une évolution de la vue, elle s'applique pour les frais exposés pour l'acquisition d'un équipement par période d'un an.</p>	
Lentilles acceptées, refusées par la S.S. ou jetables	3,5 % du PMSS par an et par bénéficiaire

Dentaire	
Soins dentaires	TM
Prothèses dentaires acceptées par la S.S.	TM + 180 % BR
Prothèses dentaires non prises en charge par la S.S. (hors implants)	-
Orthodontie acceptée par la S.S. (enfants - de 16 ans)	TM + 200 % BR
Orthodontie non prise en charge par la S.S. (bénéficiaire de - de 25 ans)	-
Plafond par an et par bénéficiaire pour l'ensemble des actes dentaires (hors TM)	3 000 €

Appareillage, orthopédie	TM + 180 % BR
Appareillage auditif	TM + 180 % BR par oreille
Véhicule pour handicapé physique dans la limite d'un fauteuil tous les trois ans	TM + 200 % BR

<b>ALSACE - CARDIO</b>	
	<b>NOS PRESTATIONS</b> En plus du remboursement de la Sécurité Sociale
<b>ACTES</b>	<b>AMELIOREE</b>

<b>Hospitalisation</b>	
<b>Hospitalisation, maladie, chirurgie, maternité, moyen séjour, psychiatrie</b> (hôpitaux conventionnés)	100% des frais de séjour
<b>Chambre particulière</b> (neuropsychiatrie, maison de repos et rééducation fonctionnelle : prise en charge limitée à 89 jours)	125 € par jour
<b>Dépassements d'honoraires</b> (actes pris en charge par la Sécurité Sociale) Chirurgie, anesthésie, maternité. <b>OPTAM/OPTAM-CO</b>	<b>TM + 150 % BR</b> limité à 750 € / an / bénéficiaire (Hors TM)
<b>Dépassements d'honoraires</b> (actes pris en charge par la Sécurité Sociale) Chirurgie, anesthésie, maternité. <b>Hors OPTAM/OPTAM-CO</b>	<b>TM + 100% BR</b> limité à 600 € / an / bénéficiaire (Hors TM)
<b>Forfait journalier</b>	Prise en charge illimitée

<b>Frais d'accompagnement *</b>	100% des frais réels
Pour les enfants de moins de 16 ans	Remboursement des frais d'un accompagnant quel qu'il soit, sous réserve que la personne hospitalisée soit membre participant de la mutuelle ou son ayant droit.
*Il est précisé que l'accompagnant doit séjourner dans l'établissement hospitalier ou dans une structure d'accueil dédiée et que seuls les frais d'hébergement et de séjour sont pris en charge.	

<b>Cures thermales</b>	
Soins	TM + 90 % BR
Hébergement (sur présentation de la facture acquittée) Participation à raison de 2 cures par an et par famille	Forfait de 215 €

<b>Transport accepté par la Sécurité Sociale</b> (ambulance, véhicule sanitaire léger)	TM
<b>Prime de mariage</b>	Forfait de 110 € par cotisant
<b>Prime de naissance</b>	Forfait de 110 € par enfant
<b>Aide ménagère</b>	Participation jusqu'à concurrence de 2 € de l'heure en cas de prise en charge par le Régime Obligatoire ou la C.A.F.
<b>Fonds Social</b>	Attribution de secours exceptionnels pour les dépenses de santé après étude des cas présentés dans la limite de un cas par famille et par an.
<b>MCA Assistance (assistance à domicile 24h24 - 7j/7)</b>	Secours d'urgence : Assistance en cas d'hospitalisation, en cas de maladie d'un enfant, service d'information par téléphone, aide aux aidants de proches dépendants.

<b>ACTES DE PREVENTION PRIS EN CHARGE PAR LA MCA DANS LE CADRE DU CONTRAT RESPONSABLE (voir annexe)</b>
---

<b>PACK Prévention - Médecines douces par an et par bénéficiaire (1)</b>	
Pilule et patchs contraceptifs	<b>Forfait global de 85 € par an et par bénéficiaire*</b>
Vaccin anti-grippe	
Ostéodensitométrie	
Sevrage tabagique (avec prescription médicale)	
Consultations chez un diététicien (enfant de - de 16 ans)	
Consultations ostéopathe, chiropracteur, acupuncteur, homéopathe, étioopathe (sur présentation d'une facture acquittée mentionnant obligatoirement le numéro Siret et/ou Adeli du praticien)	
Les consultations d'ostéopathie et de chiropractie sont prises en charge dans la limite du contrat si les consultations ont été effectuées auprès de titulaires d'un diplôme sanctionnant une formation spécifique à l'ostéopathie ou à la chiropractie délivrée dans un établissement de formation agréé par le Ministère chargé de la Santé.	
Médicaments prescrits non remboursés par le Régime Obligatoire sur présentation de la photocopie de l'ordonnance médicale et du volet de facturation du pharmacien (médicaments dont le taux de TVA est inférieur à 20% et qui figurent dans le répertoire des spécialités pharmaceutiques de l'ANSM).	<b>*dont 15 € maximum</b>

OPTAM/CO : Option de Pratique Tarifaire Maitrisee/Chirurgiens-Obstétriciens    TM : Ticket Modérateur  
BR : Base de Remboursement du Régime Obligatoire    RO : Régime Obligatoire    CAF : Caisse d'Allocations Familiales  
ANSM : Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé

**N.B. : Toutes les prestations (y compris les forfaits) sont remboursées dans la limite des frais réellement engagés avec prise en charge intégrale du TM (Ticket Modérateur)**

<b>ALSACE - CARDIO</b>	
	<b>NOS PRESTATIONS</b> En plus du remboursement de la Sécurité Sociale
ACTES	MAXIMALE
<b>Frais médicaux</b>	
Consultations, visites généralistes OPTAM	TM + 135 % BR
Consultations, visites généralistes Hors OPTAM	TM + 100 % BR
Consultations, visites spécialistes OPTAM/OPTAM-CO	TM + 135 % BR
Consultations, visites spécialistes Hors OPTAM/OPTAM-CO	TM + 100 % BR
Pharmacie remboursée par la Sécurité Sociale	TM
Radiologie OPTAM	TM
Radiologie Hors OPTAM	TM
Echographie - Doppler OPTAM/OPTAM-CO	TM
Echographie - Doppler Hors OPTAM/OPTAM-CO	TM
Analyses	TM + 90 % BR
Actes techniques médicaux OPTAM/OPTAM-CO	TM + 135 % BR
Actes techniques médicaux Hors OPTAM/OPTAM-CO	TM + 100 % BR
Auxiliaires médicaux	TM + 90 % BR
Participation forfaitaire pour les actes dont la BR est >= à 120€	Frais réels, actuellement 18 €
<b>Optique</b>	
Equipement verres simples (catégorie "a" du décret n°2014-1374 du 18/11/2014)	Forfait de 325 €*
Equipement verres complexes (catégorie "c" du décret n°2014-1374 du 18/11/2014)	Forfait de 325 €*
Equipement verres très complexes (catégorie "f" du décret n°2014-1374 du 18/11/2014)	Forfait de 325 €*
<b>*Monture remboursement maximal</b> : 150 € compris dans les forfaits ci-dessus	
Cette garantie s'applique, s'agissant des lunettes, aux frais exposés pour l'acquisition d'un équipement composé de deux verres et d'une monture, par période de deux ans dans la limite du plafond prévu par le contrat responsable. Toutefois, pour les enfants de moins de 18 ans ou en cas de renouvellement de l'équipement justifié par une évolution de la vue, elle s'applique pour les frais exposés pour l'acquisition d'un équipement par période d'un an.	
Lentilles acceptées, refusées par la S.S. ou jetables	5 % du PMSS par an et par bénéficiaire
<b>Dentaire</b>	
Soins dentaires	TM + 270 % BR
Prothèses dentaires acceptées par la S.S.	TM + 270 % BR
Prothèses dentaires non prises en charge par la S.S. (hors implants)	Forfait de 150,50 € par an et par famille sur présentation de la facture détaillée et acquittée du praticien
Orthodontie acceptée par la S.S. (enfants - de 16 ans)	TM + 300 % BR
Orthodontie non prise en charge par la S.S. (bénéficiaire de - de 25 ans)	Forfait de 150,50 € par an et par famille sur présentation de la facture détaillée et acquittée du praticien
Plafond par an et par bénéficiaire pour l'ensemble des actes dentaires (hors TM)	3 500 €
Appareillage, orthopédie	TM + 180 % BR
Appareillage auditif	TM + 180 % BR par oreille
Véhicule pour handicapé physique dans la limite d'un fauteuil tous les trois ans	TM + 200 % BR



<b>ALSACE - CARDIO</b>	
	<b>NOS PRESTATIONS</b> En plus du remboursement de la Sécurité Sociale
<b>ACTES</b>	<b>MAXIMALE</b>

<b>Hospitalisation</b>	
<b>Hospitalisation, maladie, chirurgie, maternité, moyen séjour, psychiatrie</b> (hôpitaux conventionnés)	100% des frais de séjour
<b>Chambre particulière</b> (neuropsychiatrie, maison de repos et rééducation fonctionnelle : prise en charge limitée à 89 jours)	150 € par jour
<b>Dépassements d'honoraires</b> (actes pris en charge par la Sécurité Sociale) Chirurgie, anesthésie, maternité. <b>OPTAM/OPTAM-CO</b>	<b>TM + 250 % BR</b> limité à 1500 € / an / bénéficiaire (Hors TM)
<b>Dépassements d'honoraires</b> (actes pris en charge par la Sécurité Sociale) Chirurgie, anesthésie, maternité. <b>Hors OPTAM/OPTAM-CO</b>	<b>TM + 100% BR</b> limité à 1200 € / an / bénéficiaire (Hors TM)
<b>Forfait journalier</b>	Prise en charge illimitée

<b>Frais d'accompagnement *</b>	100% des frais réels
Pour les enfants de moins de 16 ans	<b>Remboursement des frais d'un accompagnant quel qu'il soit, sous réserve que la personne hospitalisée soit membre participant de la mutuelle ou son ayant droit.</b>
<b>*Il est précisé que l'accompagnant doit séjourner dans l'établissement hospitalier ou dans une structure d'accueil dédiée et que seuls les frais d'hébergement et de séjour sont pris en charge.</b>	

<b>Cures thermales</b>	
Soins	TM + 90 % BR
Hébergement (sur présentation de la facture acquittée) Participation à raison de 2 cures par an et par famille	Forfait de 215 €

<b>Transport accepté par la Sécurité Sociale</b> (ambulance, véhicule sanitaire léger)	TM + 100 % BR
<b>Prime de mariage</b>	Forfait de 110 € par cotisant
<b>Prime de naissance</b>	Forfait de 155 € par enfant
<b>Aide ménagère</b>	Participation jusqu'à concurrence de 2 € de l'heure en cas de prise en charge par le Régime Obligatoire ou la C.A.F.
<b>Fonds Social</b>	Attribution de secours exceptionnels pour les dépenses de santé après étude des cas présentés dans la limite de un cas par famille et par an.
<b>MCA Assistance (assistance à domicile 24h24 - 7j/7)</b>	Secours d'urgence : Assistance en cas d'hospitalisation, en cas de maladie d'un enfant, service d'information par téléphone, aide aux aidants de proches dépendants.

<b>ACTES DE PREVENTION PRIS EN CHARGE PAR LA MCA DANS LE CADRE DU CONTRAT RESPONSABLE (voir annexe)</b>
---

<b>PACK Prévention - Médecines douces par an et par bénéficiaire (1)</b>	
Pilule et patchs contraceptifs	<b>Forfait global de 110 € par an et par bénéficiaire*</b>
Vaccin anti-grippe	
Ostéodensitométrie	
Sevrage tabagique (avec prescription médicale)	
Consultations chez un diététicien (enfant de - de 16 ans)	
Consultations ostéopathe, chiropracteur, acupuncteur, homéopathe, étio-pathe (sur présentation d'une facture acquittée mentionnant obligatoirement le numéro Siret et/ou Adeli du praticien)	
Les consultations d'ostéopathie et de chiropractie sont prises en charge dans la limite du contrat si les consultations ont été effectuées auprès de titulaires d'un diplôme sanctionnant une formation spécifique à l'ostéopathie ou à la chiropractie délivrée dans un établissement de formation agréé par le Ministère chargé de la Santé.	
Médicaments prescrits non remboursés par le Régime Obligatoire sur présentation de la photocopie de l'ordonnance médicale et du volet de facturation du pharmacien (médicaments dont le taux de TVA est inférieur à 20% et qui figurent dans le répertoire des spécialités pharmaceutiques de l'ANSM).	<b>*dont 20 € maximum</b>

OPTAM/CO : Option de Pratique Tarifaire Maitrise/Chirurgiens-Obstétriciens    TM : Ticket Modérateur  
BR : Base de Remboursement du Régime Obligatoire    RO : Régime Obligatoire    CAF : Caisse d'Allocations Familiales  
ANSM : Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé

**N.B. : Toutes les prestations (y compris les forfaits) sont remboursées dans la limite des frais réellement engagés avec prise en charge intégrale du TM (Ticket Modérateur)**

## MEDECINES DOUCES – PRECISIONS

(1) NATURE DES SOINS <u>ACCEPTES PAR LA MCA</u>
Acupuncture : Traitement par implantation d'aiguilles sur certains points du corps
Chiropractie : Pratique consistant à faire des ajustements de la colonne vertébrale et des articulations.
Etiopathie : Soins en manipulations vertébrales ou périphériques
Homéopathie consultation ( <b>pas les médicaments</b> )
Fasciathérapie
Heilpraktiker hygiéniste
Kinésiologie
Kinésithérapie / Thérapie Manuelle / Masso-kinésithérapie
Micro kinésithérapie : Technique micropalpatoire manuelle
Nutrition et micro nutrition / Bilan (diététique) <b>jusque 16 ans inclus.</b>
Sevrage Tabagique avec Patch, Nicorette ( <b>mais pas le sevrage par Hypnose ou la cigarette électronique</b> )
<p><b>Ostéopathie</b> : Méthode manuelle qui vise à rééquilibrer les structures ostéo-articulaires et viscérales</p> <p><b>Ostéopathie Niromathé</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <a href="#">1<sup>ère</sup> notion : Le "décollement de la peau"</a></li> <li>• <a href="#">2<sup>ème</sup> notion : La polarité et la gestualité</a></li> <li>• <a href="#">3<sup>ème</sup> notion : La cartographie des points</a></li> </ul> <p>Ostéopathie Acupuncture  Ostéopathie Cryothérapie  Ostéopathie Energétique  Ostéopathie Rhumatologie</p>
<b>Par définition, tous les autres actes non contenus dans cette liste ne pourront être acceptés.</b>

Les consultations doivent être dispensées par un professionnel de santé qui vous remettra une facture portant la mention "Acquittée" sur laquelle seront précisés les n° **siret et/ou Adeli** du professionnel de santé.

Seules les factures conformes seront remboursées par la Mutuelle Complémentaire d'Alsace selon les garanties souscrites.



ANNEXE  
**ACTES DE PREVENTION PRIS EN CHARGE PAR  
 LA MUTUELLE COMPLEMENTAIRE D'ALSACE  
 DANS LE CADRE DU CONTRAT RESPONSABLE**

- Un détartrage annuel complet sus et sous-gingival, effectué en deux séances maximum (SC 12).
- Dépistage hépatite B (codes NABM 4713, 4714, 0323, 0351).
- Scellement prophylactique des puits, sillons et fissures, sous réserve que l'acte soit effectué sur les première et deuxième molaires permanentes, qu'il n'intervienne qu'une fois par dent et qu'il soit réalisé en cas de risques carieux et avant le quatorzième anniversaire.
- Bilan du langage oral et/ou bilan d'aptitude à l'acquisition du langage écrit, à condition qu'il s'agisse d'un premier bilan réalisé chez un enfant de moins de 14 ans.
- Dépistage une fois tous les 5 ans des troubles de l'audition chez les personnes âgées de plus de 50 ans pour un des actes suivants :
  - ↪ Audiométrie tonale ou vocale (CDQP010).
  - ↪ Audiométrie tonale avec tympanométrie (CDQP015).
  - ↪ Audiométrie vocale dans le bruit (CDQP011).
  - ↪ Audiométrie tonale et vocale (CDQP012).
  - ↪ Audiométrie tonale et vocale avec tympanométrie (CDQP002).
- Les vaccinations suivantes, seules ou combinées :
  - ↪ Diphtérie, tétanos et poliomyélite : tous âges.
  - ↪ Coqueluche : avant 14 ans.
  - ↪ Hépatite B : avant 14 ans.
  - ↪ BCG : avant 6 ans.
  - ↪ Rubéole pour les adolescentes qui n'ont pas été vaccinées et pour les femmes non immunisées désirant un enfant.
  - ↪ Haemophilus influenzae B.
  - ↪ Vaccination contre les infections invasives à pneumocoques pour les enfants de moins de dix-huit mois.

## Mes NUMEROS UTILES à la MCA

**Plateforme téléphonique**  
 Du lundi au jeudi de 8h30 à 12h00  
 et de 13h00 à 17h45  
 Le vendredi de 8h30 à 12h00  
 et de 13h00 à 16h15

**03 89 20 80 00**

**Chargés de  
 clientèle  
 Colmar**

**03 89 20 80 26  
 Ou 03 89 20 80 27  
 Ou 03 68 11 01 38**

**Chargés de  
 clientèle  
 Mulhouse**

**03 89 56 45 66  
 ou 03 89 56 69 62**

**Chargés de  
 clientèle  
 Strasbourg**

**03 88 15 25 80  
 Ou 03 88 15 25 83  
 Ou 03 68 11 01 32**

**Service  
 Gestion  
 Contrats**

**03 89 20 80 24  
 ou 03 89 20 80 25**

**Service  
 Prévoyance**

**03 89 20 80 10**

**Service  
 Prestations**

**03 89 20 80 20**

**Service  
 Cotisations**

**03 89 20 80 18  
 ou 03 68 11 01 40**

**Service  
 Tiers  
 Payant**

**03 89 20 80 22**

**COTISATIONS**  
**AU 01/01/2018**

**MONTANT DES COTISATIONS**

En % du Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale (PMSS) : 3 311 € au 01/01/2018

MOINS DE 60 ANS	OPTION NORMALE		OPTION AMELIOREE		OPTION MAXIMALE	
	R.L.	R.G.	R.L.	R.G.	R.L.	R.G.
Adulte seul	1,36 % = 45,3 €	2,59 % = 85,75 €	2,08 % = 68,87 €	3,93 % = 130,12 €	2,75 % = 91,05 €	4,36 % = 144,36 €
Adulte + Enfant(s) Couple sans enfant	1,69 % = 55,96 €	3,43 % = 113,57 €	2,75 % = 91,05 €	4,79 % = 158,60 €	3,38 % = 111,91 €	5,16 % = 170,85 €
Couple avec Enfant(s)	2,19 % = 72,51 €	4,11 % = 136,08 €	3,44 % = 113,90 €	5,59 % = 185,08 €	4,09 % = 135,42 €	5,97 % = 197,67 €
Mixte (1 au RL + au RG)	3,50 % = 115,89 €		4,51 % = 149,33 €		5,34 % = 176,81 €	
Forfait Etudiant	0,45 % = 14,90 €		0,45 % = 14,90 €		0,45 % = 14,90 €	

R.L. : Régime local    R.G. : Régime général

PLUS DE 60 ANS	OPTION NORMALE		OPTION AMELIOREE		OPTION MAXIMALE	
	R.L.	R.G.	R.L.	R.G.	R.L.	R.G.
Adulte seul	1,63 % = 53,97 €	2,86 % = 94,69 €	2,39 % = 79,13 €	4,40 % = 145,68 €	3,18 % = 105,29 €	4,91 % = 162,57 €
Adulte + Enfant(s) Couple sans enfant	2,22 % = 73,50 €	3,75 % = 124,16 €	3,14 % = 103,97 €	5,29 % = 175,15 €	3,89 % = 128,80 €	5,77 % = 191,04 €
Couple avec Enfant(s)	2,71 % = 89,73 €	4,44 % = 147,01 €	3,86 % = 127,80 €	6,20 % = 205,28 €	4,62 % = 152,97 €	6,73 % = 222,83 €
Mixte (1 au RL + au RG)	4,11 % = 136,08 €		6,02 % = 199,32 €		6,64 % = 219,85 €	
Forfait Etudiant	0,45 % = 14,90 €		0,45 % = 14,90 €		0,45 % = 14,90 €	

R.L. : Régime local    R.G. : Régime général

Les taux de cotisations définis ci-après, s'entendent T.T.C. (Toutes Taxes Comprises : Taxe de Solidarité Additionnelle (T.S.A.) de 13,27 % des cotisations). Toute modification fiscale ou réglementaire entraînerait un réajustement des cotisations.

**COUVERTURE DES ENFANTS**

Les enfants qui poursuivent des études supérieures peuvent bénéficier de la couverture jusqu'à leur 27ème anniversaire sur justification annuelle de leur qualité d'étudiant et de leur appartenance au régime de Sécurité Sociale des étudiants, moyennant une cotisation mensuelle supplémentaire par famille comportant au moins un étudiant. La cotisation supplémentaire est uniquement appelée pour les étudiants dont les parents relèvent du régime local.

## CONTRATS RESPONSABLES

**Les garanties du contrat s'inscrivent dans le cadre du dispositif législatif, relatif aux contrats d'assurance complémentaire santé bénéficiant d'une aide, dits «contrats responsables» défini par l'article L. 871-1, R. 871-1 et R. 871-2 du Code de la sécurité sociale dans leur version en vigueur à compter du 1<sup>er</sup> avril 2015.**

Les garanties ne couvrent pas, conformément à l'article L.871-1 du Code de la Sécurité Sociale et ses textes d'application :

- la participation forfaitaire mentionnée au II de l'article L.322-2 du Code de la Sécurité Sociale (1 € depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2005) : cette participation reste donc à la charge des membres participants et de leurs ayants droit. Toutefois, lorsque pour un bénéficiaire, plusieurs actes ou consultations sont effectués par un même professionnel au cours de la même journée, le nombre de participations forfaitaires supportées ne peut être supérieur à quatre. Le total des contributions forfaitaires ne peut être supérieur à 50 euros par année civile
- la majoration de la participation (ticket modérateur) mise à la charge des assurés par l'article L.162-5-3 du Code de la Sécurité Sociale dans le cas où l'assuré n'a pas choisi de médecin traitant ou consulte un autre médecin sans prescription de son médecin traitant ;
- la majoration de la participation (ticket modérateur) mise à la charge des assurés par l'article L.1111-15 du Code de la santé publique lorsque le patient n'a pas accordé l'autorisation au professionnel de santé auquel il a eu recours d'accéder à son dossier médical personnel ;
- les dépassements autorisés d'honoraires pratiqués par certains spécialistes lorsque les assurés consultent sans prescription de médecin traitant et ce, sur les actes cliniques et techniques pris en application du 18<sup>o</sup> de l'article L.162-5 du Code de la Sécurité Sociale, à hauteur au moins du montant du dépassement autorisé sur les actes cliniques (soit à titre informatif, au minimum 8 euros à ce jour) ;
- La franchise forfaitaire obligatoire prévue au III de l'article L. 322-2 du Code de la sécurité sociale, applicable dans les conditions et limites prévues par l'article D. 322-5 du Code de la sécurité, aux prestations et produits suivants remboursables par l'assurance maladie, soit à ce jour :
  - ➔ 0,50 euro par boîte de médicaments mentionnés aux articles L. 5111-2, L.5121-1 et L. 5126-4 du Code de la Santé Publique, à l'exception de ceux délivrés au cours d'une hospitalisation ;
  - ➔ 0,50 euro pour les actes effectués par des auxiliaires médicaux, à l'exclusion des actes pratiqués au cours d'une hospitalisation,
  - ➔ 2,00 euros pour les transports effectués en véhicule sanitaire terrestre ou en taxi, à l'exception des transports d'urgence

### **Sont prises en charge :**

L'intégralité de la participation du Membre participant et le cas échéant, de ses ayants droit, définie à l'article R. 322-1, y compris pour les prestations de prévention . Cette prise en charge n'est toutefois pas obligatoire pour les prestations de santé mentionnées aux 6<sup>o</sup>, 7<sup>o</sup>, 10<sup>o</sup> et 14<sup>o</sup> du même article.

- ✓ Le forfait journalier des établissements hospitaliers prévu à l'article L. 174-4, sans limitation de durée.
- ✓ Si le contrat propose cette garantie, les dépassements tarifaires des médecins n'ayant pas adhéré au contrat d'accès aux soins prévu par la convention nationale mentionnée à l'article L. 162-5, **dans la double limite de 100 % du tarif de responsabilité et du montant pris en charge pour les dépassements des médecins ayant adhéré au contrat d'accès aux soins minoré d'un montant égal à 20 % du tarif de responsabilité ;**

- ✓ Si le contrat, propose une couverture des frais exposés par l'assuré en sus des tarifs de responsabilité pour l'acquisition des dispositifs médicaux d'optique médicale à usage individuel soumis au remboursement, des dépenses d'acquisition de ces dispositifs, à hauteur des minima et dans la limite des maxima fixés ci-dessous incluant la participation des assurés définie au 1° et dans les conditions suivantes :
- a) Au minimum à 50 euros et au maximum à 470 euros par équipement à verres simple foyer dont la sphère est comprise entre -6,00 et + 6,00 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries ;
  - b) Au minimum à 125 euros et au maximum à 610 euros par équipement comportant un verre mentionné au a et un verre mentionné au c ;
  - c) Au minimum à 200 euros et au maximum à 750 euros par équipement à verres simple foyer dont la sphère est hors zone de -6,00 à + 6,00 dioptries ou dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries et à verres multifocaux ou progressifs ;
  - d) Au minimum à 125 euros et au maximum à 660 euros par équipement comportant un verre mentionné au a et un verre mentionné au f ;
  - e) Au minimum à 200 euros et au maximum à 800 euros par équipement comportant un verre mentionné au c et un verre mentionné au f ;
  - f) Au minimum à 200 euros et au maximum à 850 euros par équipement pour adulte à verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est hors zone de -8,00 à + 8,00 dioptries ou à verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est hors zone de -4,00 à + 4,00 dioptries.

Pour l'application des maxima mentionnés ci-dessus, la prise en charge des montures au sein de l'équipement est limitée à 150 euros. (ce montant est un montant maximal : si les garanties stipulent un montant inférieur à 150 €, le montant spécifié dans les garanties sera applicable).

Il en est de même pour les maxima spécifiés en a) b) c) d) e) f) : si les garanties prévoient un montant inférieur, ce seront les montants spécifiés dans la garantie qui seront à retenir.

Cette garantie s'applique, s'agissant des lunettes, aux frais exposés pour l'acquisition d'un équipement composé de deux verres et d'une monture, par période de deux ans. Toutefois, pour les mineurs ou en cas de renouvellement de l'équipement justifié par une évolution de la vue, elle s'applique pour les frais exposés pour l'acquisition d'un équipement par période d'un an ;

Pour les assurés et les ayants droit relevant du dispositif local d'assurance maladie en vigueur en Alsace Moselle, ces minima sont réduits afin que la prise en charge de la participation du Salarié ou de ses ayants droit ne puisse conduire à une indemnisation totale excédant les plafonds de prise en charge et le montant des frais exposés.

Les garanties du contrat sont expressément conformes avec ces dispositions.

**En cas de contradiction entre ces règles et celles prévues par le présent contrat, les règles du contrat responsable prévaudront.**