



TABLEAU DES GARANTIES

COMPLEMENTAIRE SANTE MFCF

Prestations versées au titre des garanties Base, Base Plus, Complète, Complète Plus.

Conditions applicables du 1er janvier 2023 au 31 décembre 2023
Tableau des prestations complémentaires versées par la Mfct limitées aux dépenses réelles et incluant le remboursement de votre caisse d'assurance maladie obligatoire (AMO).
Les actes non remboursés par la SS ou la CPRP ne sont pas pris en charge, sauf dispositions spécifiques prévues dans le tableau ci-dessous.

Garanties		Base	Base plus <i>(Garantie labellisée)</i>	Complete <i>(Garantie labellisée)</i>	Complete plus
SOINS COURANTS					
HONORAIRES MÉDICAUX					
Consultations et visites de généralistes	• <i>Optam</i>	100 % de la BR	100 % de la BR	165 % de la BR	190 % de la BR
	• <i>Non-Optam</i>	100 % de la BR	100 % de la BR	140 % de la BR	160 % de la BR
Consultations et visites de spécialistes Actes de chirurgie en cabinet Actes techniques médicaux (endoscopie, audiométrie, ophtalmologie, dermatologie ...)	• <i>Optam</i>	100 % de la BR	100 % de la BR	155 % de la BR	175 % de la BR
	• <i>Non-Optam</i>	100 % de la BR	100 % de la BR	135 % de la BR	150 % de la BR
HONORAIRES PARAMÉDICAUX (exclusivement sur prescription médicale)					
Actes des infirmiers Actes des Masseurs Kinésithérapeutes Actes des orthophonistes et des orthoptistes Actes des pédicures Actes de sage-femme, Soins infirmiers sage-femme		100 % de la BR	100 % de la BR	100 % de la BR	100 % de la BR
ACTES D'IMAGERIE (radiologie, échographie...)					
Echographie, imagerie diagnostique	• <i>Optam</i>	100 % de la BR	100 % de la BR	130 % de la BR	140 % de la BR
	• <i>Non-Optam</i>	100 % de la BR	100 % de la BR	110 % de la BR	120 % de la BR
ANALYSES ET EXAMENS DE LABORATOIRE (exclusivement sur prescription médicale)					
Actes de biologie et Prélèvements		100 % de la BR	100 % de la BR	100 % de la BR	100 % de la BR
MÉDICAMENTS (exclusivement sur prescription médicale)					
Médicaments remboursés à 65% par l'AMO Médicaments remboursés à 30% par l'AMO		100 % de la BR	100 % de la BR	100 % de la BR	100 % de la BR
Médicaments remboursés à 15% par l'AMO (1)		100 % de la BR sauf pour les bénéficiaires de la SS	100 % de la BR sauf pour les bénéficiaires de la SS	100 % de la BR sauf pour les bénéficiaires de la SS (voir Pack Autres Médications)	100 % de la BR sauf pour les bénéficiaires de la SS (voir Pack Autres Médications)
Pack Autres médicaments (exclusivement sur prescription médicale et hors parapharmacie) 100% de la BR des médicaments remboursés à 15% par l'AMO, médicaments non remboursés par l'AMO et inscrits au VIDAL				Forfait global annuel de 40€	Forfait global annuel de 60€
MATÉRIEL MÉDICAL (exclusivement sur prescription médicale)					
Petits appareillages y compris appareil de lecture de glycémie, Prothèses oculaires et faciales Gros appareillages (dont véhicule pour handicapé)		100 % de la BR	130 % de la BR	130 % de la BR	130 % de la BR
Fournitures pour soins à domicile		100 % de la BR	130 % de la BR	130 % de la BR	130 % de la BR

<i>Garanties</i>		<i>Base</i>	<i>Base plus</i>	<i>Complete</i>	<i>Complete plus</i>
Radio et chirurgie : Fournitures à usage unique			100 % de la BR	100 % de la BR	100 % de la BR
Orthèse plantaire, semelle orthopédique et chaussure thérapeutique de série (3)		100 % de la BR	100 % de la BR + forfait annuel de 60€	100 % de la BR + forfait annuel de 100€	100 % de la BR + forfait annuel de 100€
Prothèse mammaire (exclusivement en ALD) (3) Prothèse capillaire (exclusivement en ALD) (3)		100 % de la BR	100 % de la BR + forfait annuel de 150€	100 % de la BR + forfait annuel de 300€	100 % de la BR + forfait annuel de 300€
HOSPITALISATION					
HONORAIRES y compris Ambulatoire					
Imagerie diagnostique (radiographies, IRM, actes de radiologie vasculaire, scanner ...)	• <i>Optam</i>	100 % de la BR	100 % de la BR	130 % de la BR	140 % de la BR
	• <i>Non-Optam</i>	100 % de la BR	100 % de la BR	110 % de la BR	120 % de la BR
Actes de chirurgie ou d'obstétrique Actes techniques médicaux Anesthésie	• <i>Optam</i>	100 % de la BR	100 % de la BR	160 % de la BR	190 % de la BR
	• <i>Non-Optam</i>	100 % de la BR	100 % de la BR	140 % de la BR	155 % de la BR
FORFAIT JOURNALIER HOSPITALIER					
Forfait journalier (toutes structures)	Montant du forfait journalier (durée illimitée)	Montant du forfait journalier (durée illimitée)	Montant du forfait journalier (durée illimitée)	Montant du forfait journalier (durée illimitée)	Montant du forfait journalier (durée illimitée)
Forfait journalier (pour les plus de 18 ans) en institutions médico-éducatives		Montant du forfait journalier pendant 90 jours par an	Montant du forfait journalier pendant 90 jours par an	Montant du forfait journalier pendant 90 jours par an	Montant du forfait journalier pendant 90 jours par an
FRAIS DE SÉJOUR					
Frais de séjour pris en charge par la SS ou la CPRP Frais de séjour en institutions de repos, de convalescence et centres de réadaptation fonctionnelle ou diététique Frais de séjour et de soins en établissement psychiatrique Frais de séjour en institutions médico-éducatives	100 % de la BR	100 % de la BR	100 % de la BR	100 % de la BR	100 % de la BR
AUTRES PRESTATIONS					
Chambre particulière en hospitalisation médicale, chirurgicale, obstétrique		Par séjour, 35 € par jour pendant 30 jours	Par séjour, 50 € par jour pendant 30 jours	Par séjour, 65 € par jour pendant 30 jours	
Chambre particulière en ambulatoire		25 € par jour	25 € par jour	25 € par jour	
Chambre particulière en institutions de repos, de convalescences et centres de réadaptation fonctionnelle ou diététique		Par an, 20 € par jour pendant 45 jours	Par an, 20 € par jour pendant 45 jours	Par an, 20 € par jour pendant 45 jours	
TV dans la chambre Prise en charge à partir du 5 ^{ème} jour d'hospitalisation et jusqu'au 10 ^{ème} jour, par séjour			2 € / jour	2 € / jour	

<i>Garanties</i>	<i>Base</i>	<i>Base plus</i>	<i>Complete</i>	<i>Complete plus</i>
Soins en établissement d'hébergement pour personnes âgées	100 % de la BR	100 % de la BR	100 % de la BR	100 % de la BR
Forfait hébergement en établissement d'hébergement pour personnes âgées	80 % de la BR pour le régime de la CPRP	80 % de la BR pour le régime de la CPRP + 5,4 € par jour limité à 6 mois (droit acquis après l'expiration d'un délai de 5 ans de présence à la Mfcf)	80 % de la BR pour le régime de la CPRP + 5,4 € par jour limité à 6 mois (droit acquis après l'expiration d'un délai de 5 ans de présence à la Mfcf)	80 % de la BR pour le régime de la CPRP + 6 € par jour limité à 6 mois (droit acquis après l'expiration d'un délai de 5 ans de présence à la Mfcf)
DENTAIRE (7)				
PLAFONDS Les dépenses dentaires (hors ticket modérateur des actes dentaires, hors prophylaxie bucco-dentaire et hors orthodontie concernant les enfants de -16ans) et hors soins et prothèses 100 % Santé) sont plafonnées, en année civile, aux montants ci-contre :	1 500 €	3 000 €	3 500 €	4 000 €
SOINS				
Soins et actes dentaires Prophylaxie bucco-dentaire	180 % de la BR	220 % de la BR	300 % de la BR	350 % de la BR
SOINS ET PROTHÈSES « 100% SANTÉ »				
Soins et prothèses « 100% SANTÉ »	180 % de la BR par dent dans la limite des HLF	Prise en charge intégrale à hauteur des HLF (100% Santé)	Prise en charge intégrale à hauteur des HLF (100% Santé)	Prise en charge intégrale à hauteur des HLF (100% Santé)
PROTHÈSES « TARIFS MAÎTRISÉS »				
Prothèses remboursées par la SS ou la CPRP à honoraires maîtrisés	180 % de la BR par dent dans la limite des HLF	220 % de la BR par dent dans la limite des HLF	300 % de la BR par dent dans la limite des HLF	350 % de la BR par dent dans la limite des HLF
Dents provisoires limitées aux dents du sourire (N° 11 à 15 - 21 à 25 31 à 35 et 41 à 45)			40€ par dent provisoire	40€ par dent provisoire
PROTHÈSES « TARIFS LIBRES »				
Prothèses remboursées par la SS ou la CPRP à honoraires libres.	180 % de la BR par dent	220 % de la BR par dent	300 % de la BR par dent	350 % de la BR par dent
AUTRES ACTES DENTAIRES NON REMBOURSÉS PAR LA SS OU LA CPRP				
Implants non pris en charge par la SS ou la CPRP		230 € par implant (droit acquis après l'expiration d'un délai de présence de 6 mois sur la garantie)	260 € par implant (droit acquis après l'expiration d'un délai de présence de 6 mois sur la garantie)	300 € par implant (droit acquis après l'expiration d'un délai de présence de 6 mois sur la garantie)

<i>Garanties</i>		<i>Base</i>	<i>Base plus</i>	<i>Complete</i>	<i>Complete plus</i>
Parodontologie et odontologie non prise en charge par la SS ou la CPRP				100 € par an	200 € par an
Rebasage des prothèses non prises en charge par la SS ou la CPRP			230 € par maxillaire	230 € par maxillaire	270 € par maxillaire
ORTHODONTIE					
Orthodontie dento-faciale prise en charge par la SS ou la CPRP		160 % de la BR par semestre	220 % de la BR par semestre	300 % de la BR par semestre	350 % de la BR par semestre
Orthodontie dento-faciale pour les plus de 16 ans (droit acquis après l'expiration d'un délai de 2 ans de présence à la Mfcb)			forfait de 500€ par semestre limité à 4 semestres	forfait de 500€ par semestre limité à 4 semestres	forfait de 500€ par semestre limité à 4 semestres
OPTIQUE					
limitation à 1 équipement (1 monture + 2 verres) tous les 2 ans à partir de 16 ans. Pour les moins de 16 ans et les renouvellements anticipés, se référer aux dispositions des Contrats Responsables (6)					
ÉQUIPEMENTS "100% SANTÉ" (Classe A)					
Monture + 2 verres de tous types		100 % de la BR	Prix Limite de Vente du 100% Santé	Prix Limite de Vente du 100% Santé	Prix Limite de Vente du 100% Santé
ÉQUIPEMENTS "TARIFS LIBRES" (Classe B) – Forfait applicable à la date d'acquisition de l'équipement					
A - Monture + 2 verres simples		100 % de la BR	95 €	275 €	330 €
B - Monture + 1 verre simple et 1 verre complexe		100 % de la BR	200 €	325 €	430 €
C - Monture + 2 verres complexes		100 % de la BR	200 €	325 €	430 €
D - Monture + 1 verre simple et 1 verre très complexe		100 % de la BR	200 €	325 €	430 €
E - Monture + 1 verre complexe et 1 verre très complexe		100 % de la BR	200 €	375 €	530 €
F – Monture + 2 verres très complexes		100 % de la BR	200 €	375 €	530 €
Dont Monture plafonnée à :		100 % de la BR	50 €	100 €	100 €
ÉQUIPEMENTS MIXTES "100% SANTÉ" (Classe A) ET "TARIFS LIBRES" (Classe B)					
Monture de classe A + verres classe B	Prise en charge de la monture :	100 % de la BR	Prix Limite de Vente du 100% Santé	Prix Limite de Vente du 100% Santé	Prix Limite de Vente du 100% Santé
	Prise en charge des verres :		Forfait équipement tarif libre, déduction faite du PLV de la monture (forfait 2 verres)	Forfait équipement tarif libre, déduction faite du PLV de la monture (forfait 2 verres)	Forfait équipement tarif libre, déduction faite du PLV de la monture (forfait 2 verres)
Monture de classe B + verres classe A	Prise en charge de la monture :	100 % de la BR	50 €	100 €	100 €
	Prise en charge des verres :		Prix Limite de Vente du 100% Santé	Prix Limite de Vente du 100% Santé	Prix Limite de Vente du 100% Santé

<i>Garanties</i>	<i>Base</i>	<i>Base plus</i>	<i>Complete</i>	<i>Complete plus</i>
PRESTATIONS D'ADAPTATION				
Renouvellement d'une ordonnance pour des verres de classe A, par l'opticien, après réalisation d'un examen de la vue	100 % de la BR	Prix Limite de Vente	Prix Limite de Vente	Prix Limite de Vente
Renouvellement d'une ordonnance pour des verres de classe B, par l'opticien, après réalisation d'un examen de la vue	100 % de la BR	Prix Limite de Vente	Prix Limite de Vente	Prix Limite de Vente
LENTILLES				
Lentilles correctrices prises en charge par la SS ou la CPRP	100 % de la BR + 80€ par an	100 % de la BR + 100€ par an	100 % de la BR + 200€ par an	100 % de la BR + 250€ par an
Lentilles correctrices jetables non prises en charge par la SS ou la CPRP (3)				
CHIRURGIE RÉFRACTIVE				
Traitement chirurgical par laser de la myopie		Forfait annuel de 500€ pour le traitement complet	Forfait annuel de 600€ pour le traitement complet	Forfait annuel de 700€ pour le traitement complet
AIDES AUDITIVES (exclusivement sur prescription médicale) – limitation à une Prise en charge d'un équipement par oreille par période de 4 ans				
EQUIPEMENTS 100 % SANTE (Classe I)				
Aide auditive remboursée par la SS ou la CPRP de Classe I	100 % de la BR dans la limite des PLV	Prix Limite de Vente du 100% Santé	Prix Limite de Vente du 100% Santé	Prix Limite de Vente du 100% Santé
AIDE AUDITIVE – PRIX LIBRES (Classe II)				
Acoustique (appareils homologués) (forfait acquis après l'expiration d'un délai de 2 ans de présence à la Mfcd, excepté pour les enfants)	100 % de la BR	100 % de la BR + forfait, à la date d'acquisition, de 300 € par appareil	100 % de la BR + forfait, à la date d'acquisition, de 610 € par appareil	100 % de la BR + forfait, à la date d'acquisition, de 750 € par appareil
Accessoires remboursés par la SS ou la CPRP		100% de la BR	100% de la BR	100% de la BR
Piles auditives prises en charge par la SS ou la CPRP		100% de la BR + forfait annuel de 20€	100% de la BR + forfait annuel de 20€	100% de la BR + forfait annuel de 20€
PRÉVENTION ET MÉDECINES DOUCES				
Tous les actes du contrat responsable Art. R871-2 du code de la Sécurité sociale	100 % de la BR	100 % de la BR	100 % de la BR	100 % de la BR
Sevrage tabagique (exclusivement pris en charge par la SS ou la CPRP)	Forfait annuel de 50 €	Forfait annuel de 50 €	Forfait annuel de 50 €	Forfait annuel de 50 €
Vaccins contre la grippe (2)	100 % de la BR	100 % de la BR	100 % de la BR	100 % de la BR

<i>Garanties</i>	<i>Base</i>	<i>Base plus</i>	<i>Complete</i>	<i>Complete plus</i>
Ostéodensitométrie prise en charge par la SS ou la CPRP	100 % de la BR + forfait annuel de 25 €	100 % de la BR + forfait annuel de 25 €	100 % de la BR + forfait annuel de 25 €	100 % de la BR + forfait annuel de 25 €
Ostéodensitométrie non prise en charge par la SS ou la CPRP (exclusivement sur prescription médicale)		Forfait annuel de 65€ à partir de 45 ans	Forfait annuel de 65€ à partir de 45 ans	Forfait annuel de 65€ à partir de 45 ans
Moyens contraceptifs non pris en charge par la SS ou la CPRP (exclusivement sur prescription médicale)	Forfait annuel de 60 €	Forfait annuel de 75 €	Forfait annuel de 90 €	Forfait annuel de 100 €
Pack santé (5) Consultations, non prises en charge par la SS ou la CPRP, d'ostéopathe de chiropracteur, de diététicien, de nutritionniste, d'homéopathe acupuncteur, d'étiopathe, de sophrologue ou de pédicure-podologue	Forfait global annuel de 30 €	Forfait global annuel de 60 €	Forfait global annuel de 100€	Forfait global annuel de 150€
ACTES DE PRÉVENTION RÉSERVÉS AUX ENFANTS DE MOINS DE 14 ANS				
<ul style="list-style-type: none"> • Scelllements prophylactiques des puits, sillons et fissures, sous réserve que l'acte soit effectué sur les premières et deuxièmes molaires permanentes, qu'il intervienne qu'une fois par dent et qu'il soit réalisé en cas de risques carieux. • Détartrage annuel complet sus et sous gingival, effectué en deux séances maximum. 	100 % de la BR + complément pour prise en charge totale de l'acte	100 % de la BR + complément pour prise en charge totale de l'acte	100 % de la BR + complément pour prise en charge totale de l'acte	100 % de la BR + complément pour prise en charge totale de l'acte
Actes des Orthophonistes (exclusivement sur prescription médicale) dont bilan et rééducation du langage oral et / ou du langage écrit.	100 % de la BR	100 % de la BR + participation dans la limite d'un forfait annuel de 200 €	100 % de la BR + participation dans la limite d'un forfait annuel de 200 €	100 % de la BR + participation dans la limite d'un forfait annuel de 200 €
Actes des ergothérapeutes, des psychologues, des psychothérapeutes, des psychomotriciens libéraux non remboursés par la SS ou la CPRP.		Participation dans la limite d'un forfait annuel de 200 € pour permettre, après dépistage, d'aider à la rééducation et au suivi global de l'enfant	Participation dans la limite d'un forfait annuel de 200 € pour permettre, après dépistage, d'aider à la rééducation et au suivi global de l'enfant	Participation dans la limite d'un forfait annuel de 200 € pour permettre, après dépistage, d'aider à la rééducation et au suivi global de l'enfant
DIVERS				
TRANSPORTS SANITAIRES				
Acceptés par les organismes de Sécurité sociale	100 % de la BR	100 % de la BR	100 % de la BR	100 % de la BR
CURES THERMALES				
Avec hospitalisation	100 % de la BR + Montant du forfait journalier (durée illimitée)	100 % de la BR + Montant du forfait journalier (durée illimitée)	100 % de la BR + Montant du forfait journalier (durée illimitée)	100 % de la BR + Montant du forfait journalier (durée illimitée)
Honoraires médicaux	100 % de la BR	100 % de la BR	100 % de la BR	100 % de la BR
Autres prestations (Frais d'hébergement et de transport)	100 % de la BR	100 % de la BR	100 % de la BR + forfait annuel de 155 €	100 % de la BR + forfait annuel de 200 €
ALLOCATIONS COMPLÉMENTAIRES AU TITRE DE L'ACTION SOCIALE				
Frais d'accompagnement d'un enfant hospitalisé de moins de 16 ans		Forfait de 20 € par jour pendant 30 jours	Forfait de 20 € par jour pendant 30 jours	Forfait de 25 € par jour pendant 30 jours
Allocation de perte de salaire pendant l'hospitalisation y compris la maternité pour les adhérents et conjoints en activité.		Forfait de 10€ par jour	Forfait de 10€ par jour	Forfait de 10€ par jour

<i>Garanties</i>	<i>Base</i>	<i>Base plus</i>	<i>Complete</i>	<i>Complete plus</i>
Allocation de maternité au bénéfice de la famille (droit acquis après l'expiration d'un délai de présence de 6 mois à la Mfcf). Cette allocation est liée à l'inscription du nouveau-né à la Mfcf, dans un délai de 3 mois (sans rétroactivité).	Forfait de 150€ par enfant	Forfait de 200€ par enfant	Forfait de 300€ par enfant	Forfait de 350€ par enfant
Aide-ménagère en cas de maternité ou séjour en hôpital/clinique Versée pour l'affilié ou son conjoint (et en une seule fois si hospitalisation simultanée de l'affilié et de son conjoint) Cette prestation intervient après la participation d'IMA		Allocation d'un crédit annuel de 30 heures, à un taux horaire limité à 10€.	Allocation d'un crédit annuel de 30 heures, à un taux horaire limité à 10€.	Allocation d'un crédit annuel de 30 heures, à un taux horaire limité à 12 €.
Garantie Assistance IMA (conseil social, informations juridiques, soutien psychologique, aide à domicile, garde d'enfants, accompagnement en cas de mutation,...)	Voir Notice d'information	Voir Notice d'information	Voir Notice d'information	Voir Notice d'information
Participation aux frais d'obsèques La participation aux frais d'obsèques est remboursée à la personne physique ou morale qui en a fait l'avance (droit acquis après l'expiration d'un délai de 6 mois de présence à la Mfcf). Seuls les bénéficiaires ayant adhéré à la Mfcf avant l'âge de 65 ans peuvent prétendre à cette participation.		Maximum 1 000 €	Maximum 1 000 €	Maximum 1 000 €

IMPORTANT

Sont exclues du remboursement pour l'ensemble des garanties :

- La prise en charge de la participation forfaitaire "dite de 1 €".
- La majoration du ticket modérateur et la participation aux dépassements d'honoraires pour les consultations effectuées hors parcours de soins coordonnés.
- Les franchises médicales :
 - ✓ 0,50 € par boîte de médicaments et par acte paramédical
 - ✓ 2 € pour chaque recours au transport sanitaire

La mutuelle prend en charge au titre des **prestations hospitalisation** :

- La participation forfaitaire (actes lourds)
- Le Forfait Patient Urgences

1. Dans le cas où l'agent Sncf opte pour le libre choix du professionnel de santé, les taux de remboursement sont les mêmes que ceux pratiqués par la SS.

2. Pour les bénéficiaires de moins de 65 ans non pris en charge par la SS, la Mfcf rembourse le vaccin sur présentation de la prescription médicale et de la facture.

3. La Mfcf participe au remboursement sur présentation de la prescription médicale et de la facture.

4. Le décompte doit être transmis uniquement s'il n'y a pas eu de télétransmission. A noter, en cas de tiers payant partiel sur la part Sécurité sociale, il faut adresser le justificatif de paiement.

5. Sur facture acquittée mentionnant obligatoirement le n° de Siret et/ou Adeli du praticien certifié, l'agrément DASS ou le diplôme d'état.

5. Arrêté du 3 décembre 2018 portant modification des modalités de prise en charge de dispositifs médicaux et prestations associées pour la prise en charge d'optique médicale au chapitre 2 du titre II de la liste prévue à l'article L. 165-1 (LPP) du code de la sécurité sociale : Extrait « Par dérogation aux dispositions du paragraphe précédent (VIII.1), le renouvellement anticipé de la prise en charge pour raison médicale d'un équipement (respectivement une monture et deux verres) pour les adultes et enfants d'au moins 16 ans est permis au terme d'une période minimale d'un an lorsqu'intervient une dégradation des performances oculaires dans au moins l'une des situations ... »

7. Selon les dispositions de l'arrêté du 20 août 2018 portant approbation de la convention nationale organisant les rapports entre les chirurgiens-dentistes libéraux et l'assurance

