



NOM :

PRENOM :

Date de Naissance :

**1/ Je recherche une assurance complémentaire santé :  
la MCF propose deux offres non modulables.**

Les principales prestations contenues dans ces offres sont :

	<b>MCF Santé</b> l'offre la plus souscrite par les adhérents à un tarif adapté	<b>MCF Santé Plus</b> (une offre améliorée en dentaire et pour les frais d'hospitalisation)
<b>Soins courants</b>	A hauteur du Ticket Modérateur non pris en charge par la sécurité sociale (pas de complément mutuelle pour les médicaments pris en charge à 15% par la sécurité sociale)  participation aux dépassements d'honoraires des actes techniques médicaux	A hauteur du Ticket Modérateur non pris en charge par la sécurité sociale  ET une participation aux dépassements d'honoraires des consultations et des actes techniques médicaux (pas de complément mutuelle pour les médicaments pris en charge à 15% par la sécurité sociale)
<b>Hospitalisations</b> Séjour Forfait journalier / 20€ Dépassements honoraires Chambre particulière	100% base de remboursement En totalité 100% BR 40 € / jour	100% base de remboursement En totalité 200% BR 45 € / jour
<b>Dentaire (hors 100% santé)</b> Prothèses fixes Prothèses amovibles  Orthodontie (pour les enfants) Orthodontie adultes moins de 35 ans Orthodontie adultes de 35 ans et plus Implants  Inlays/Onlays	200% (215€) 200% ou 350% BR de 204,26€ à 1279,25€  250% BR 200€ par semestre dans la limite de 4 semestres néant  300€ / an  30 % BR	300% (322,50€) 300% ou 350% BR de 306.39€ à 1279,25€ 250% BR 400€ par semestre dans la limite de 4 semestres 200€ par semestre dans la limite de 4 semestres 900€ / an ; 1000 €/an après 2 années civiles pleines en Santé Plus 300% BR

	<b>MCF Santé</b>	<b>MCF Santé plus</b>
<b>Optique (hors 100% santé)</b>		
# monture	50 €	75 €
# verre simple	62 € par verre	115 € par verre
# verre complexe	95 € par verre	150 € par verre
# verre très complexe	110 € par verre	200 € par verre
# Lentilles / an bénéficiaire de moins de 35 ans	forfait annuel de 160 €	forfait annuel de 200 €
# Lentilles /an bénéficiaires de 35 ans et plus	forfait annuel de 110 €	forfait annuel de 130 €

	<b>MCF Santé 100% santé</b>	<b>MCF Santé Plus 100% santé</b>
<b>Audioprothèses</b> Enfants moins de 20 ans Adultes	860€ 700€	800€ 800€
<b>100% santé : Prothèses dentaires soumises à prix limite de vente sous réserve que le dentiste respecte les critères du panier de soins et le prix limite de vente</b>	Complément intégral entre le prix limite de vente et le remboursement sécurité sociale (pas de reste à charge)	Complément intégral entre le prix limite de vente et le remboursement sécurité sociale (pas de reste à charge)
<b>100% santé Monture de classe A Verres de classe A soumis à prix limite de vente</b>	Complément intégral entre le prix limite de vente et le remboursement sécurité sociale (pas de reste à charge)	Complément intégral entre le prix limite de vente et le remboursement sécurité sociale (pas de reste à charge)
<b>100% santé : Audioprothèses soumises à prix limite de vente sous réserve que l'audioprothésiste respecte les critères du panier de soins et le prix limite de vente</b>	Complément intégral entre le prix limite de vente et le remboursement sécurité sociale (pas de reste à charge)	Complément intégral entre le prix limite de vente et le remboursement sécurité sociale (pas de reste à charge)

*Les pourcentages exprimés s'appliquent à la base de remboursement fixée par la sécurité sociale.*

*Ces pourcentages ne prennent pas en compte le remboursement sécurité sociale.*

*L'exhaustivité des prestations est consultable dans le livret des statuts consultable sur le site [www.mutuellemcf.fr](http://www.mutuellemcf.fr) ou peut vous être adressé en version papier.*

Compte tenu, d'une part, de mes besoins en matière de santé

dentaire

optique

audioprothèses

et, d'autre part, des caractéristiques des deux offres santé qui m'ont été présentées par la MCF :

J'opte pour l'offre suivante :

MCF Santé

MCF Santé Plus

## **IMPORTANT**

En qualité d'agent de la Fonction publique en activité de service, titulaire, contractuel ou vacataire (exceptions faites des agents territoriaux et des élèves d'administration), j'ai bien noté que la garantie « frais de maladie » à laquelle j'adhère **est obligatoirement couplée** à la garantie « perte de rémunération » définie ci-dessous et qu'en conséquence, les cotisations dues au titre de cette garantie s'ajouteront à celles de la garantie « frais de maladie » dès la fin de ma scolarité.

**2/ En dehors de l'assurance complémentaire santé, j'ai pris connaissance de la couverture prévoyance intégrant les garanties suivantes :**

### **2.1 garantie perte de revenus en cas d'arrêt de travail pour cause de maladie ou d'accidents :**

(Obligatoire pour les agents de la fonction publique en activité, cette garantie peut être souscrite, facultativement, par les agents des collectivités territoriales, les employés d'une entreprise privée, les élèves d'écoles d'administration – INSP, IRA, autres).

Eu égard à mes besoins, la garantie proposée par la MCF me convient car elle couvre l'ensemble de mes revenus d'activité, primes comprises (à hauteur de 100% des revenus nets en cas de Congé de Maladie Ordinaire et de 80% en cas de Congés de Longue Maladie, Longue Durée ou Grave Maladie (80% car défiscalisé)) et prévoit une rente qui sera versée jusqu'à mon 65<sup>e</sup> anniversaire en cas d'invalidité supérieure ou égale à 66%, sous réserve que ce taux soit validé par CNP Assurances qui assure le risque.

Selon les statuts de la MCF, cette garantie est obligatoirement couplée à la garantie frais de maladie pour les fonctionnaires titulaires et contractuels, en activité, exception faite des agents des collectivités locales. Elle est optionnelle pour les bénéficiaires cotisants et les élèves suivant une scolarité dans un établissement de la Fonction publique (INSP, IRA, autres).

J'adhère à la garantie perte de revenus dans les conditions précédemment exposées :

OUI

NON et je suis un agent de la fonction public en activité, donc je renonce EGALEMENT à la couverture santé : je renonce à adhérer à la MCF

NON mais en tant qu'agent de collectivité territoriale, **employé d'une entreprise privée, élève d'école d'administration – INSP, IRA, autres** : j'adhère à la couverture santé SEULE.

## **2.2 Capital décès :**

J'estime nécessaire de protéger financièrement mes proches en cas de décès et, compte tenu de cet objectif, la garantie capital décès proposée par la MCF, de manière totalement facultative, est adaptée à mon besoin :

- cette garantie est une temporaire décès, non assimilable à une assurance-vie. Le capital est versé à la (ou aux) personne(s) désignée(s) par l'adhérent, dès lors que ce dernier est toujours souscripteur de la garantie lors de la survenance du risque. En cas de radiation, la garantie ne donne droit à aucun reversement des cotisations perçues.
- La tarification, en pourcentage du montant du capital souscrit, évolue avec l'âge.
- Les agents de la Fonction publique peuvent souscrire un capital égal à 1, 2 ou 3 fois leur revenu annuel, primes comprises. Les autres adhérents, y compris les conjoints, peuvent souscrire un capital égal à 7 700€, 15 300€, 30 500€ ou 45 800€.

J'adhère à la garantie capital décès :

OUI

NON

## **2.3 Frais d'obsèques :**

Je souhaite souscrire cette garantie facultative permettant de financer une partie des frais concernant mes obsèques, afin que ces frais ne soient pas en totalité à la charge de mes proches.

La garantie MCF propose une prestation de 2 500€ pour une cotisation mensuelle de 4€.

J'adhère à la garantie « frais d'obsèques » :

OUI

NON

## **2.4 Dépendance**

**a) Je ne suis pas retraité, l'adhésion à la garantie dépendance est facultative.**

Je souhaite souscrire cette garantie afin de me prémunir contre la survenance prématurée de ce risque. Ma demande est soumise, au préalable, à un questionnaire de santé.

En tant qu'adhérent en activité, j'adhère à cette garantie de manière facultative.

OUI

NON

La garantie prévoit le versement d'une rente dépendance en cas de survenance du risque. En conséquence, pour une cotisation calculée en fonction du montant de rente choisie, j'opte pour une rente mensuelle de :

350€

600€

850€

1100€

Je souhaite compléter cette rente dépendance par la souscription d'un système de téléalarme, pour une cotisation mensuelle de 0,85€ :

OUI

NON

**b) Je suis retraité(e), l'adhésion à la garantie dépendance est obligatoire.**

Lors de mon passage à la retraite, en application des statuts de la MCF, cette garantie est obligatoirement couplée à ma garantie « frais de maladie ». Aucun questionnaire de santé ne m'est demandé si j'opte pour la garantie dépendance de base qui prévoit une rente mensuelle de 350€ en cas de survenance du risque.

J'ai également la possibilité de souscrire pour une rente supérieure à 350€. Dans ce cas, je dois fournir un questionnaire de santé. MFPrévoyance qui assure le risque doit valider ou non la souscription de la rente supplémentaire demandée.

J'adhère à la garantie de base (rente de 350€)

Je souhaite adhérer pour un montant de rente supérieur à 350€, j'opte pour une rente mensuelle de :

600€       850€       1100€

Je souhaite compléter cette rente dépendance par la souscription d'un système de téléalarme, pour une cotisation mensuelle de 0,85€ :

OUI

NON

**IMPORTANT :**

En qualité de retraité(e), si je ne souhaite pas adhérer à cette garantie dépendance, il ne me sera pas possible statutairement de rester adhérent de la MCF.

\*\*\*\*\*

Dans le cadre de la réglementation sur la distribution d'assurances, la MCF vous conseille sur les garanties qu'elle propose et vous précise si elles répondent à vos besoins. Sur la base de ces informations, vous avez le choix d'adhérer ou non à la MCF.

**Je reconnais avoir reçu et pris connaissance des documents précontractuels, statuts et règlements de la MCF, ainsi que des notices d'information sur les garanties que je souhaite souscrire, et être pleinement informé(e) de mes droits et obligations envers la MCF.**

**J'adhère en toute connaissance de cause aux différentes garanties sélectionnées sur le bulletin d'adhésion que j'ai complété et signé, garanties qui répondent à mes besoins de couverture santé et/ou prévoyance. Je suis informé que le personnel de la mutuelle ne perçoit aucune rémunération au titre de la distribution des garanties que j'ai souscrites.**

**Je joins la présente fiche à mon bulletin d'adhésion.**

Date

Signature

Notre accueil est ouvert du lundi au vendredi de 9h à 16 heures.

Tél : 01 41 74 31 00 ; mail : [mcf@mutuellemcf.fr](mailto:mcf@mutuellemcf.fr)

Toute la documentation est accessible sur notre site Internet : [www.mutuellemcf.fr](http://www.mutuellemcf.fr).