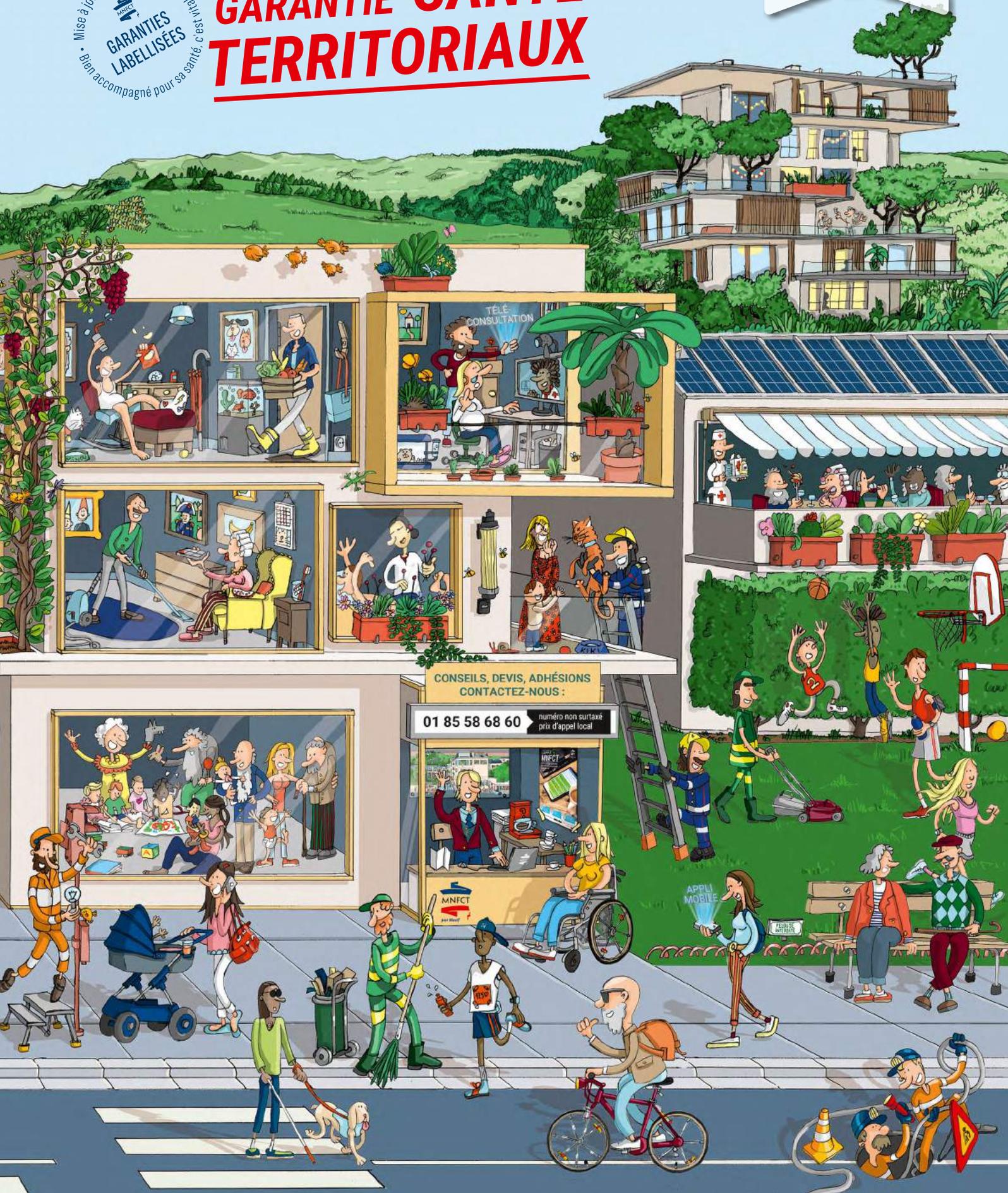


# SYNTHÈSE



Mise à jour décembre 2021 • 1014 950  
GARANTIES LABELLISÉES  
• Bien accompagné pour sa santé, c

## GARANTIE SANTÉ TERRITORIAUX



CONSEILS, DEVIS, ADHÉSIONS  
CONTACTEZ-NOUS :

01 85 58 68 60 numéro non surtaxé  
prix d'appel local

APPLI MOBILE

PLÉBIQUE  
MAINTIEN

## PREAMBULE

Le contrat Garantie Santé Territoriaux est un contrat individuel. Il est régi par le code de la mutualité et notamment, par les dispositions de l'article L 114-1.

La MNFCT est inscrite au répertoire siren sous le numéro siren 784 442 899. Son siège social est situé 3 rue Franklin CS 30036 - 93108 MONTREUIL CEDEX

En application de l'article L. 211-5 du Code de la mutualité, Apivia Macif Mutuelle, mutuelle régie par le Livre II du Code de la mutualité et adhérente à la Mutualité Française. SIREN 779 558 501. Siège social : 17-21 place Etienne Pernet - 75015 PARIS cedex 15, se substitue intégralement à Mutuelle Nationale des Fonctionnaires des Collectivités Territoriales (MNFCT) pour la constitution des garanties d'assurance maladie et accident offertes aux membres participants de la MNFCT et à leurs ayants droit ainsi que pour l'exécution des engagements nés ou à naître relevant des branches d'assurance 1 et 2 tels qu'ils sont définis dans les règlements mutualistes de la MNFCT et s'il y a lieu dans les contrats collectifs.

Apivia Macif Mutuelle donne à la MNFCT sa caution solidaire pour l'ensemble des engagements financiers et charges de la substituée, y compris non assurantiels vis-à-vis des membres participants, ayants droit, bénéficiaires et de toute autre personne physique ou morale.

Si l'agrément d'Apivia Macif Mutuelle lui était retiré ou était déclaré caduc pour les branches 1 et 2 les garanties seraient résiliées le quarantième jour à midi à compter de la date de la publication de la décision du retrait d'agrément, la portion de cotisation afférente à la période non garantie étant alors restituée au souscripteur ou membre participant qui a acquitté la cotisation. Ce contrat, soumis à la loi française, est un contrat solidaire et responsable au sens de l'article L.871-1 du Code de la sécurité sociale. Il respecte donc le cahier des charges défini aux articles R 871-1 et R 871-2 du même code.

Ce contrat est labellisé ; il ouvre droit au bénéfice de la participation des collectivités territoriales au financement de la protection sociale complémentaire de leurs agents, conformément au décret du 8 novembre 2011.

## OBJET DE LA GARANTIE

Le contrat Garantie Santé Territoriaux permet de souscrire une complémentaire santé qui rembourse les frais de soins de santé en complément des remboursements du régime obligatoire effectués, au titre de l'Assurance maladie et de l'Assurance maternité, ainsi que des remboursements forfaitaires. Il permet également une prise en charge forfaitaire de certains soins non pris en charge par le régime obligatoire et de bénéficier de garanties d'assistance.

## CONDITIONS D'ADHESION

L'adhésion au contrat Garantie Santé Territoriaux est réservée aux fonctionnaires et agents non titulaires de droit public ou de droit privé des collectivités territoriales et de leurs établissements publics ainsi qu'aux retraités de ces catégories. L'adhérent doit être âgé de plus de 16 ans, avoir la capacité de contracter, résider en France métropolitaine ou dans les départements et régions d'outre-mer et être affilié à un régime obligatoire français d'Assurance maladie.

**L'adhésion est possible sans limite d'âge et n'est soumise à aucun questionnaire médical.**

La personne qui adhère acquiert la qualité de membre participant de la MNFCT et désigne les ayants droit au contrat.

PERSONNES POUVANT ÊTRE DESIGNÉES ASSURÉS	QUALITÉ
- le conjoint de l'adhérent qu'il exerce ou non une activité professionnelle - les ascendants vivant sous son toit - les enfants âgés de 20 à 26 ans qui ne poursuivent pas d'études	ADULTE
- les enfants de moins de 20 ans - les enfants âgés de 20 à 26 ans qui poursuivent des études	ENFANT

Sont assimilés au conjoint, le concubin ou le partenaire lié par un pacte civil de solidarité. Le conjoint ou la personne assimilée doit

vivre en couple avec l'adhérent, sous le même toit, de façon constante c'est-à-dire sans être séparé de corps ou de fait.

**Le nombre d'assurés adultes est limité à trois, par adhésion.**

Si un assuré est bénéficiaire d'un autre contrat de complémentaire santé, l'adhérent doit nous en informer.

La mutuelle concrétise l'adhésion par l'envoi d'une carte de tiers payant qui prouve l'appartenance à la mutuelle et permet aux assurés de bénéficier du service de tiers payant auprès des professionnels de santé conventionnés.

## GARANTIES

Le niveau de garanties varie en fonction de la formule choisie par l'adhérent et précisée dans le bulletin d'adhésion. Chaque assuré adulte peut choisir une formule de garanties différente. Tous les assurés enfants bénéficient obligatoirement de la même formule de garanties qui doit être identique à celle d'un assuré adulte.

Les formules du contrat Garantie Santé Territoriaux se composent d'une formule « Soins » couplée à un niveau d'« Equipements ». L'adhérent peut choisir entre 4 formules « Soins » : Economique, Equilibrée, Protectrice, Excellence. Pour chacune de ces formules « Soins », il doit ensuite choisir un niveau d'« Equipements » entre les deux ou trois proposés.

**Le détail des garanties par formule est présenté dans le tableau des garanties ci-après.**

## FORMULES « SOINS »

### HOSPITALISATION

Cette garantie couvre :

- les honoraires (médicaux et chirurgicaux) ;
- les analyses et examens de laboratoire ;
- la radiologie (y compris les produits pour examen) ;
- les honoraires paramédicaux, à savoir les honoraires des infirmiers(ères), masseurs-kinésithérapeutes, orthophonistes, orthoptistes, pédicures-podologues, sages femme, remboursés par le régime obligatoire ;
- la participation forfaitaire sur les actes techniques égaux ou supérieurs à 120 € ;
- les frais de transport ;
- les frais de séjour ;
- le forfait journalier hospitalier (**sous réserve d'une hospitalisation d'au moins une nuit**) ;
- le forfait patient urgences ;
- la chambre particulière et la chambre accompagnant (sauf dans le cadre de la formule « Soins » Economique), **dans la limite de 90 jours par année civile et sous réserve d'une hospitalisation d'au moins une nuit** ;
- les soins et prestations liés à une hospitalisation prise en charge au titre de l'Hospitalisation à Domicile (HAD) par la Sécurité sociale.

**Le remboursement de l'ensemble des prestations liées à une hospitalisation est soumis à la prise en charge de l'hospitalisation par le régime obligatoire.**

**Ne sont pas pris en charge par la mutuelle les séjours en établissements médico-sociaux, dans les maisons de retraite, dans une unité de soins longue durée (USLD) ou dans un établissement dont le code DMT est listé en annexe 1 du règlement mutualiste.**

### PRIME NAISSANCE

En cas de naissance après la prise d'effet du contrat, une prime naissance est versée, **sous réserve que l'enfant soit désigné comme assuré au titre du contrat dans les trois mois suivant sa naissance**. Une seule prime naissance est versée par enfant. L'adoption d'un enfant mineur est assimilée à une naissance.

La MNFCT a souscrit, un contrat collectif auprès de Apivia Macif Mutuelle, mutuelle régie par le Livre II du Code de la mutualité et adhérente à la Mutualité Française. SIREN 779 558 501 - Siège social : 17-21 place Etienne Pernet - 75015 PARIS cedex 15, au profit de ses membres participants, bénéficiaires du contrat frais de santé, en vue de leur garantir le versement d'une allocation

naissance ou adoption, si cette dernière est expressément incluse et prévue au tableau général des prestations.

Dans ce cadre et conformément aux termes de l'article L.221-3 du Code de la mutualité, les membres participants, qui sont bénéficiaires de cette garantie supplémentaire, sont affiliés de plein droit à ce contrat collectif.

## SOINS COURANTS

Cette garantie couvre :

- les honoraires médicaux (honoraires de consultation, de téléconsultations, de visite et les soins prodigués par des médecins généralistes et spécialistes), remboursés par le régime obligatoire ;
- les médicaments remboursés à 65 % et 30 % par le régime obligatoire ;
- les médicaments remboursés à 15 % (PH2), excepté dans la formule Soins Economique ;
- les analyses et examens de laboratoire ;
- la radiologie (y compris les produits pour examen) ;
- les honoraires paramédicaux, à savoir les honoraires des infirmiers(ères), masseurs-kinésithérapeutes, orthophonistes, orthoptistes, pédicures-podologues, sages femme, remboursés par le régime obligatoire ;
- L'homéopathie non remboursée par la Sécurité sociale, à savoir les consultations en homéopathie et les médicaments homéopathiques ;
- les séances d'ostéopathie, d'acupuncture, de diététique, de chiropractie, de pédicurie/podologie, de psychologue, et d'étiopathie (sauf dans le cadre de la formule « Soins » Economique). **Le remboursement mentionné est limité à 3 séances par année civile pour l'ensemble des spécialités mentionnées ;**
- les frais de transport hors hospitalisation.

## PREVENTION

Cette garantie couvre :

- les actes de prévention ainsi que les vaccins remboursés par le régime obligatoire ;
- le vaccin antigrippal non remboursé par le régime obligatoire ;
- les objets contraceptifs inscrits à la LPP et remboursés par le régime obligatoire ;
- le forfait « Intimité et vie du couple » qui couvre tous les modes de contraception non remboursés par le régime obligatoire, les tests de grossesse et d'ovulation, les traitements des troubles liés à la sexualité non remboursés par le régime obligatoire et vendus en pharmacie et parapharmacie (ex : andropause, ménopause). **Le versement du forfait est annuel (par année civile) pour l'ensemble des dispositifs mentionnés ;**
- le forfait « Activité physique adaptée et prévention des risques cardio-vasculaire » : prise en charge des dépenses liées à l'achat de produits de sevrage tabagique vendus en pharmacie et parapharmacie, à l'achat d'un tensiomètre ou à la participation à des ateliers d'activité physique adaptés. **Le versement du forfait est annuel (par année civile) pour l'ensemble des dispositifs mentionnés.**

## DENTAIRE

Cette garantie couvre les soins dentaires et les soins d'obturation Inlay/ Onlay/Overlay. Le forfait garanti est annuel (par année civile).

## NIVEAUX « EQUIPEMENTS »

### DENTAIRE

Cette garantie couvre :

#### • Les prothèses 100 % Santé :

Conformément à la réglementation, la catégorie des actes prothétiques 100 % Santé propose un large choix de prothèses fixes ou mobiles pour lesquelles la qualité esthétique est adaptée à la localisation de la dent (aspect dents blanches pour les dents du sourire et aspect métal pour les dents du fond, par exemple). Lorsque l'acte prothétique entre dans la catégorie 100 % Santé, cette garantie couvre **l'intégralité de la dépense exposée par l'assuré**, dans la limite des honoraires de facturation fixés réglementairement et déduction faite de la part prise en charge par le régime obligatoire.

#### • Les autres prothèses dentaires remboursées par le régime obligatoire (hors prothèses 100 % Santé) :

Cette garantie couvre les couronnes dentaires, les Inlay-Core, les bridges (3 à 5 dents), les appareils dentaires amovibles (1 à 3 dents), les couronnes dentaires transitoires, les dents supplémentaires ou les réparations sur bridges et appareils amovibles.

Cette catégorie concerne les actes prothétiques à tarifs maîtrisés et les actes prothétiques à tarifs libres. Pour plus de détails, se reporter au règlement mutualiste.

**Bonus fidélité :** pour les niveaux d'Equipements 1 à 4, les forfaits accordés pour les couronnes dentaires, bridges ainsi que pour les appareils dentaires amovibles sont majorés de 10% à compter du 13<sup>e</sup> mois d'adhésion, 20% à compter du 25<sup>e</sup> mois d'adhésion et 30% à compter du 37<sup>e</sup> mois d'adhésion. Ces pourcentages ne sont pas cumulatifs et s'appliquent sur le montant des forfaits indiqués au tableau de garanties.

#### • L'orthodontie remboursée par le régime obligatoire :

Le forfait Orthodontie est versé pour chaque semestre de traitement. En cas de facturation pour une durée de traitement plus courte (trimestre ou mois par exemple), le forfait sera proratisé en fonction de cette durée. Si l'assuré a besoin d'une période de contention à l'issue de la phase de traitement actif afin de consolider le résultat obtenu, le forfait par semestre s'appliquera une seule fois pour chaque année de contention.

**Le remboursement des prestations « Autres prothèses remboursées par le régime obligatoire » et « Orthodontie » est limité à un plafond global par assuré les 24 premiers mois suivant l'adhésion. Au-delà de ce plafond, seul le ticket modérateur est pris en charge. Le montant de ces plafonds par niveau d'« Equipements » figure dans le tableau des garanties ci-après. Ce plafond s'applique également en cas de modification de la formule choisie.**

**En cas d'augmentation du niveau d'« Equipements », le plafond global de la 2<sup>e</sup> année s'applique sur la nouvelle formule durant les 12 mois qui suivent sa prise d'effet.**

#### • Implants dentaires et parodontie :

Cette garantie couvre les implants dentaires (dans le cadre des niveaux d'« Equipements » 2, 3 et 4) et la parodontie non remboursée par le régime obligatoire (dans le cadre des niveaux d'« Equipements 1 à 4 »). **Ces prestations prennent la forme de forfaits annuels (par année civile).**

## OPTIQUE

#### • Les équipements 100% Santé :

Conformément à la réglementation, la catégorie des équipements 100 % Santé (dits de classe A) propose un choix de :

- montures respectant les normes européennes, avec un prix inférieur ou égal à 30 €. Chaque opticien aura au minimum 17 modèles différents de montures adultes et 10 modèles différents de montures enfants « 100 % Santé », en 2 coloris différents ;
- verres traitant l'ensemble des troubles visuels ;
- amincissement des verres en fonction du trouble, durcissement des verres pour éviter les rayures, traitement anti-reflet obligatoires.

Lorsque l'équipement entre dans la catégorie des équipements 100% Santé (classe A), cette garantie couvre l'intégralité de la dépense exposée par l'assuré à hauteur des prix limites de vente des montures et des verres (de classe A) fixés par la liste des produits et prestations (LPP), déduction faite de la part prise en charge par le régime obligatoire.

#### • Les autres verres et montures remboursés par le régime obligatoire (hors équipements 100 % Santé) :

Cette catégorie concerne les équipements dits de classe B. Pour plus de détails, se reporter au règlement mutualiste.

Cette garantie couvre les montures adultes et enfants ainsi que les verres (simples, complexes ou hyper complexes) remboursés par le régime obligatoire.

Les équipements optique « enfant » sont réservés aux assurés de moins de 16 ans.

**Bonus fidélité** : pour les niveaux d'Équipements 1 à 4, les forfaits accordés pour les verres adulte et enfant sont majorés de 10 % à compter du 13<sup>e</sup> mois d'adhésion, 20 % à compter du 25<sup>e</sup> mois d'adhésion et 30 % à compter du 37<sup>e</sup> mois d'adhésion. Ces pourcentages ne sont pas cumulatifs et s'appliquent sur le montant des forfaits indiqués au tableau de garanties.

**Le nombre d'équipement (2 verres + 1 monture) est limité à 1 équipement par période de deux ans, à l'exception des cas pour lesquels un renouvellement anticipé est prévu à l'article L 165-1 du Code de la sécurité sociale et notamment pour les enfants de moins de 16 ans ou en cas de renouvellement justifié par une évolution de la vue.**

**Dans tous les cas, le point de départ de la période est la date de l'équipement (ou du dernier élément constituant l'équipement complet).**

**Néanmoins, en cas de renouvellement séparé des composants de l'équipement, le délai de renouvellement s'apprécie distinctement pour chaque élément.**

• **Autres équipements optiques :**

Le contrat couvre également le remboursement des lentilles de contact, de la chirurgie réfractive de l'œil (dans le cadre des niveaux d'« Equipements » 3 et 4) et des appareils basse-vision.

## AIDES AUDITIVES

• **Les équipements 100% Santé :**

Conformément à la réglementation, la catégorie des aides auditives 100 % Santé (dites de classe I) propose :

- tous les types d'aides auditives : contour d'oreille classique, contour à écouteur déporté, intra-auriculaire ;
- au moins 12 canaux de réglages (ou dispositif de qualité équivalente) pour assurer une adéquation de la correction au trouble auditif ; système permettant l'amplification des sons extérieurs restituée à hauteur d'au moins 30 dB ;
- 4 ans de garantie ;
- au moins 3 des options suivantes : système anti-acouphène, connectivité sans fil, réducteur de bruits de vent, synchronisation binaurale, directivité microphonique adaptative, bande passante élargie 6000 Hz, fonction apprentissage de sonie, système anti-réverbération.

Lorsque l'équipement entre dans la catégorie des aides auditives 100 % Santé (classe I), cette garantie couvre l'intégralité de la dépense exposée par l'assuré à hauteur des prix limites de vente des aides auditives (de classe I) fixés par la LPP, déduction faite de la part prise en charge par le régime obligatoire.

• **Autres aides auditives remboursées par le régime obligatoire (hors équipements 100 % Santé) :**

Cette garantie couvre les autres appareils acoustiques remboursés par le régime obligatoire. Cette catégorie concerne les aides auditives de classe II. Pour plus de détails, se reporter au règlement mutualiste.

**Limite de garantie pour les « Aides auditives » :**

**A compter du 1<sup>er</sup> janvier 2021, le cahier des charges du contrat responsable limite le nombre d'équipement (1 appareil acoustique) à 1 équipement par oreille tous les 4 ans.**

**Dans tous les cas, pour chaque assuré, le point de départ de la période correspond à la date de l'équipement.**

**Le remboursement de l'ensemble de ces prestations est soumis à leur prise en charge par le régime obligatoire.**

• **Entretien, piles et accessoires pour aides auditives :**

Le forfait garanti est annuel (par année civile).

## APPAREILLAGE :

Cette garantie couvre le matériel médical (les aides techniques inscrites à la Liste des Produits et des Prestations Remboursables -hors titre IV, basse vision, objets contraceptifs et

**audioprothèses**) ainsi que les véhicules pour handicapés physiques. Dans ce dernier cas, le forfait garanti est annuel (par année civile).

## CURES THERMALES :

Cette garantie couvre les honoraires de cures thermales, le transport et l'hébergement ainsi que le forfait thermal pour soins. Le remboursement de l'ensemble de ces prestations est soumis à la prise en charge de la cure thermale par le régime obligatoire. Les forfaits garantis sont annuels (par année civile).

**Ce qui est exclu :**

- **les cures thermales pour lesquelles les honoraires de médecine thermale ne sont pas pris en charge par le régime obligatoire ;**
- **les soins complémentaires et les soins de confort non prévus dans le forfait thermal.**

## GARANTIES D'ASSISTANCE

Quelle que soit la formule de garanties choisie, l'assuré bénéficie de garanties d'assistance en cas de chirurgie ambulatoire, d'hospitalisation programmée ou non, d'immobilisation à domicile, de naissance ou d'adoption, de pathologies lourdes ou d'obsèques. Les prestations pouvant être mises en place sont notamment l'aide à domicile, la garde des enfants, la prise en charge des ascendants vivant au domicile, la garde des chiens et chats, la préparation du retour au domicile, l'aide à l'organisation des obsèques. Le contrat prévoit également des garanties d'aide au retour à l'emploi et d'accompagnement dans le départ à la retraite des travailleurs indépendants, d'assistance psychologique / médicale / juridique / sociale et d'assistance dédiées aux aidants. Pour le détail des garanties, se reporter au règlement mutualiste.

L'assuré exprime à IMA Assurances la nature des prestations d'assistance qui lui sont nécessaires. Le nombre d'heures de prestations d'assistance octroyé est ensuite apprécié par IMA Assurances en fonction de la nature et de la gravité de l'évènement ainsi que de la gêne et du préjudice occasionné à ses proches, et ce sur la base d'éléments objectifs : taille du logement, composition du foyer familial, existence d'aides familiales ou extra-familiales, présence de personnes dépendantes au sein du foyer, degré d'autonomie déterminé en fonction de la capacité de réalisation des actes essentiels de la vie courante.

## SERVICE DU CONTRAT

### Services et réseau de soins

Pour vous aider à optimiser vos dépenses de santé, notre mutuelle vous fait bénéficier de divers avantages et services, et notamment l'accès à un réseau de soins partenaire.

Ces avantages et services vous permettent de bénéficier d'une aide pour l'analyse de vos devis de soins ; de plusieurs applications web et notamment d'un service de téléconsultation ; mais également de tarifs négociés auprès de nombreux professionnels de santé (opticiens, chirurgiens-dentistes, centres auditifs, diététiciens, ...). Les assurés conservent la liberté de choix de leur professionnel de santé.

Pour plus d'informations, nous vous invitons à vous rendre dans votre Espace adhérent accessible via le site [www.mnfct.fr](http://www.mnfct.fr)

**Tiers Payant** : la carte de tiers payant précise les actes pouvant bénéficier du tiers payant.

## TERRITORIALITE

### Garanties santé

Le contrat Garantie Santé Territoriaux intervient pour les soins effectués en France (départements et régions d'Outre-mer inclus). Il intervient également pour les soins effectués hors de France, **dans la limite du ticket modérateur et sous réserve qu'ils soient pris en charge par le régime obligatoire.** Les remboursements sont effectués en France et en euros.

### Garanties d'assistance

Les garanties d'assistance sont accordées en France métropolitaine (hors départements et régions d'Outre mer) y compris Andorre et Principauté de Monaco.

## LIMITES DE GARANTIES

### Limites des remboursements

L'assuré au titre du contrat ne peut en aucun cas obtenir des remboursements supérieurs aux frais réellement engagés. Lesdits remboursements ne peuvent par ailleurs excéder le montant maximal des remboursements de la mutuelle, prévu au tableau de garanties. En outre, et sauf exceptions inscrites dans le tableau des garanties, les frais de santé ne donnant pas lieu à prise en charge au titre du régime de Sécurité sociale de l'assuré n'ouvrent pas droit à un remboursement.

Aucune prestation n'est due pour des soins réalisés avant la date d'effet du contrat ou après la date de résiliation du contrat. Cependant, sous réserve d'une précédente couverture sans interruption d'assurance justifiée par la production d'un certificat de radiation, la mutuelle interviendra :

- pour les actes d'hospitalisation et les actes réalisés en série, prescrits et commencés avant la date d'effet du contrat : l'assuré pourra prétendre à une prise en charge des soins dont la date de réalisation se situe pendant sa période de couverture auprès de la mutuelle ;
- pour les actes d'orthodontie prescrits et commencés avant la date d'effet du contrat : l'assuré pourra prétendre aux remboursements de ses soins selon le calcul d'un prorata établi en fonction de sa période de couverture auprès de la mutuelle.

### Assurances cumulatives

Les garanties de même nature contractées auprès de plusieurs organismes assureurs produisent leurs effets dans la limite de chaque garantie, quelle que soit sa date de souscription. Dans cette limite, l'assuré peut obtenir l'indemnisation en s'adressant à l'organisme de son choix.

## EXCLUSIONS DE GARANTIES

### Garanties santé

Ne donnent pas lieu aux garanties définies au contrat et n'entraînent aucun paiement par la mutuelle :

- tous les dépassements d'honoraires pratiqués par les médecins, lorsque l'assuré ne respecte pas le parcours de soins ;
- en application de la loi du 13 août 2004 définissant le « contrat responsable » :
  - la participation forfaitaire ;
  - la franchise annuelle (sur les boîtes de médicaments, sur les transports, les actes des auxiliaires médicaux) ;
  - la majoration de la participation appliquée par le régime obligatoire lorsque l'assuré :
    - n'a pas choisi son médecin traitant ;
    - consulte un autre médecin sans prescription dudit médecin traitant.

### Garanties d'assistance

Ne donnent pas lieu à l'application des garanties d'assistance, les hospitalisations :

- dans des établissements et services psychiatriques, gériatriques et gérontologiques ;
- liées à des soins de chirurgie plastique entrepris pour des raisons exclusivement esthétiques, ainsi que leurs conséquences, en dehors de toute intervention à la suite de blessures, malformations ou lésions liées à des maladies ;
- liées au changement de sexe, à la stérilisation, les traitements pour transformations, dysfonctionnements ou insuffisances sexuelles, ainsi qu'à leurs conséquences.

De même sont exclues les hospitalisations et immobilisations à domicile résultant de :

- l'usage de drogues ou de stupéfiants non ordonnés médicalement ;
- la consommation d'alcool ;
- l'action volontaire du bénéficiaire : suicide, tentative de suicide ou mutilation volontaire.

Les garanties d'assistance ne sont pas accordées dans le cas où le bénéficiaire aurait commis de façon volontaire des infractions à la législation en vigueur.

## DECHEANCE DES GARANTIES EN CAS DE FRAUDE

Toute réticence à une expertise médicale ou toute fraude ou tentative de fraude caractérisée en vue de tirer un profit illégitime du contrat font perdre tout droit à prestations pour la (ou les) garantie(s) concernée(s). Nous sommes alors en droit de réclamer le remboursement des prestations versées à tort.

## COTISATIONS

Les cotisations sont annuelles et par assuré. Elles sont fixées en fonction de 5 critères :

- l'âge de l'assuré. Celui-ci est déterminé par différence de millésime entre l'année d'échéance de la cotisation et l'année de naissance moins une année (soit : année d'échéance moins année de naissance moins 1) ;
- la zone de résidence de l'assuré (adresse postale figurant dans la demande d'adhésion, une seule adresse étant possible) ;
- la formule de garanties choisie ;
- le régime social de l'assuré ;
- le cas échéant, le coefficient de majoration appliqué conformément à l'article 28 du décret 2011-1474 du 8 novembre 2011 relatif à la participation des collectivités territoriales et de leurs établissements publics au financement de la protection sociale complémentaire de leurs agents.

Dès lors qu'au moins 3 enfants sont assurés au titre du contrat en qualité d'enfant, la cotisation est gratuite pour le 3<sup>ème</sup> enfant et les suivants. Cette gratuité cesse au 31 décembre de l'année au cours de laquelle le nombre d'assurés enfant devient inférieur à 3.

## PRISE D'EFFET ET DUREE DU CONTRAT

Le contrat prend effet à la date figurant sur la demande d'adhésion et au plus tôt, au 1<sup>er</sup> jour du mois suivant la date de signature de la demande d'adhésion.

La première période d'assurance se termine au 31 décembre de l'année en cours. Le contrat se renouvelle ensuite, par tacite reconduction, au 1<sup>er</sup> janvier de chaque année, sauf dans les cas de cessation de garantie prévus à l'article Cessation des garanties.

## CESSATION DES GARANTIES

Les garanties cessent sur demande de l'adhérent :

- moyennant un préavis de deux mois avant le 31 décembre de l'année en cours ;
- à tout moment après l'expiration d'un délai d'un an à compter de la première souscription du contrat. La résiliation prendra effet à la date précisée dans l'avis de résiliation et au plus tôt un mois après réception de la demande ;
- en cas de modification de la situation d'un assuré entraînant une augmentation des cotisations. L'adhérent doit alors adresser sa demande à la mutuelle dans un délai de 30 jours à compter de la réception de son nouvel avis d'échéance ;
- en cas de modification des garanties à la suite d'une évolution de la réglementation ou d'une décision de la mutuelle, dans un délai d'un mois à compter du jour où cette modification lui est notifiée.

La demande de résiliation doit être adressée à la mutuelle par lettre ou tout autre moyen prévu à l'article L.221-10-3 du Code de la mutualité (notamment par courrier électronique, par déclaration en point d'accueil physique ou au siège social de la mutuelle, par acte extrajudiciaire ou via l'espace adhérent (actiweb) accessible via le site [www.mnfct.fr](http://www.mnfct.fr)). La mutuelle confirmera par écrit à l'adhérent avoir reçu sa demande de résiliation.

Les garanties cessent également en cas de non-paiement d'une cotisation ou d'une fraction de cotisation.

## RECLAMATION - MEDIATION

Pour toute réclamation, le membre participant s'adresse au service relations adhérents (service accueil) de la MNFCT.

En cas de désaccord sur la réponse donnée à sa réclamation ou de difficultés liées à l'application ou à l'interprétation du règlement

mutualiste, le membre participant peut demander l'avis du médiateur. Ce dernier peut être saisi :

- par courrier adressé au service médiation de la Fédération Nationale à l'adresse suivante : Monsieur le Médiateur de la Mutualité Française (FNMF) 255 rue de Vaugirard 75719 PARIS Cedex 15 ;
- directement via le formulaire figurant sur le site internet du médiateur : <https://www.mediateur-mutualite.fr>.

## PRESCRIPTION

**Il s'agit du délai au-delà duquel toute demande relative au contrat d'assurance n'est plus recevable. Toute action dérivant de ce dernier est prescrite par un délai de 2 ans à compter de l'évènement qui y donne naissance. Les dispositions relatives à la prescription des actions dérivant du contrat d'assurance sont régies par les articles L.221-11 et L.221-12 du Code de la mutualité.**

**Les causes ordinaires d'interruption de la prescription sont énoncées aux articles 2240 et suivants du Code civil.**

**Cette synthèse est une présentation générale et succincte du contrat qui n'a pas vocation à se substituer au règlement mutualiste qui sera adressé ultérieurement à l'adhérent et dont il sera important de prendre connaissance attentivement.**

**La langue utilisée entre la mutuelle et l'adhérent pendant toute la vie du contrat est le français.**

**Les informations contenues dans cette synthèse sont valables jusqu'au 31 décembre de l'année en cours.**



**Le contrat Garantie Santé Territoriaux, distribué par la Macif, est assuré, par la MNFCT – mutuelle régie par le livre II du code de la mutualité, adhérente de la mutualité française. SIREN 784 442 899 - siège social, 3 rue franklin - cs 30036 - 93108 MONTREUIL cedex substituée par Apivia Macif Mutuelle, mutuelle régie par le Livre II du code de la mutualité et adhérente à la Mutualité Française. SIREN 779 558 501. Siège social : 17-21 place Etienne Pernet - 75015 PARIS cedex 15**

Les prestations d'assistance sont assurées par IMA Assurances : Société anonyme au capital de 7 000 000 € entièrement libéré. Entreprise régie par le Code des assurances.

N° SIREN : 481 511 632 RCS Niort Siège social : 118 avenue de Paris – 79000 Niort

**Carte Blanche Partenaires – SAS au capital de 100 000 € - RCS PARIS 379 301 518 – Code APE 8899 B. Siège social : 26, rue Laffitte 75009 Paris.**

MACIF - Mutuelle Assurance des Commerçants et industriels de France et des cadres et salariés de l'industrie et du commerce. Société d'assurance mutuelle à cotisations variables. Entreprise régie par le Code des assurances. Siège social : 1 rue Jacques Vandier – 79000 Niort

## ANNEXE : TABLEAU DES GARANTIES DES FORMULES « SOINS »

Le tableau de garanties indique les plafonds de remboursement des dépenses de santé effectuées par l'assuré ayant respecté le parcours de soins. Ces remboursements sont effectués en excluant la participation forfaitaire et la franchise annuelle de l'assuré qui restent à sa charge et dans la limite des dépenses engagées par l'assuré, conformément à la loi.

Les pourcentages de ce tableau sont des plafonds exprimés par rapport aux bases de remboursement de la Sécurité sociale en incluant son remboursement. Les garanties exprimées en euros correspondent au remboursement de la mutuelle uniquement et n'incluent pas le remboursement de la Sécurité sociale. Les garanties exprimées en pourcentage et en euros incluent le remboursement de la Sécurité sociale, le ticket modérateur et la prise en charge forfaitaire de la mutuelle. Les forfaits s'entendent par assuré.

	ECONOMIQUE	EQUILIBREE	PROTECTRICE	EXCELLENCE
<b>Hospitalisation (1)</b>				
<b>Honoraires (chirurgicaux et médicaux)</b>				
- médecins adhérents à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée*	100 %	175%	225%	250%
- médecins non adhérents à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée*	100 %	150%	200%	200%
<b>Analyses et examens de laboratoire</b>	100%	100%	100%	100%
<b>Radiologie</b>	100%	100%	100%	100%
<b>Honoraires paramédicaux*</b>	100%	100%	100%	100%
<b>Forfait patient urgences</b>	Remboursement intégral	Remboursement intégral	Remboursement intégral	Remboursement intégral
<b>Participation forfaitaire* sur les actes techniques égaux ou supérieurs à 120 €</b>	Oui	Oui	Oui	Oui
<b>Frais de transport</b>	100%	100%	100%	100%
<b>Frais de séjour*</b>	100%	100%	100%	100%
<b>Forfait journalier hospitalier* (2)</b>	Remboursement intégral	Remboursement intégral	Remboursement intégral	Remboursement intégral
<b>Chambre particulière (2)</b>	-	50 €/ jour limité à 90 jours/an	60 €/ jour limité à 90 jours/an	70 €/ jour limité à 90 jours/an
<b>Chambre accompagnant (2)</b>	-	20 €/ jour limité à 90 jours/an	25 €/ jour limité à 90 jours/an	30 €/ jour limité à 90 jours/an
<b>Prime naissance</b>	100 €/ enfant	100 €/ enfant	100 €/ enfant	100 €/ enfant
<b>Soins courants</b>				
<b>Honoraires médicaux</b>				
<b>- Consultations – visites (médecine générale)</b>				
- médecins adhérents à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée*	100 %	150%	175%	225%
- médecins non adhérents à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée*	100 %	125%	150%	200%
<b>- Consultations – visites (médecine spécialiste)</b>				
- médecins adhérents à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée*	100 %	175%	225%	250%
- médecins non adhérents à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée*	100 %	150%	200%	200%
<b>Médicaments</b>				
- Pharmacie remboursée à 65 % et à 30 % par le RO*	100 %	100%	100%	100%
- Pharmacie remboursée à 15 % par le RO	15 % (3)	100%	100%	100%
<b>Homéopathie non remboursée par le RO*(prestations assurées depuis le 01/01/2021)</b>	-	20 € / an	40 € / an	60 € / an
<b>Analyses et examens de laboratoire</b>	100%	100%	100%	100%
<b>Radiologie</b>	100%	100%	100%	100%
<b>Honoraires paramédicaux*</b>	100%	100%	100%	100%
<b>Ostéopathe, Acupuncteur, Diététicien, Chiropracteur, Podologue, Pédicure, psychologue, Étiothérapeute</b>	-	35 €/ séance (4)	40 €/ séance (4)	45 €/ séance (4)
<b>Transport hors hospitalisation</b>	100%	100%	100%	100%
<b>Prévention</b>				
<b>Actes de prévention et vaccins remboursés par le RO*</b>	100%	100%	100%	100%
<b>Objets contraceptifs inscrits à la LPP*</b>	100%	100%	100%	100%
<b>Vaccin antigrippal non remboursé</b>	Remboursement intégral	Remboursement intégral	Remboursement intégral	Remboursement intégral
<b>Forfaits Prévention/ Bien-être (5)</b>				
• Intimité et vie du couple	50 €	50 €	50 €	50 €
• Activité physique adaptée et prévention des risques cardiovasculaires	40 €	40 €	40 €	40 €
<b>Dentaire</b>				
<b>Soins (actes et soins dentaires)</b>	100%	100%	100%	100%
<b>Soins d'obturation Inlay/ onlay/ overlay (5)</b>	100%	100 % + 100 €	100 % + 150 €	100 % + 200 €

(1) Sont exclus les séjours en établissement médico-social\*, dans les maisons de retraite, dans une unité de soins longue durée (USLD) ou dans un établissement dont le code DMT est listé en annexe.

(2) Sous réserve d'une hospitalisation d'au moins une nuit.

(3) Remboursement par le Régime obligatoire\* uniquement.

(4) Limité à 3 séances par année civile pour l'ensemble des spécialités.

(5) Forfait par année civile.

Dispositif de pratique tarifaire maîtrisée\* : OPTAM / OPTAM-CO

LPP\* : Liste des Produits et Prestations

RO\* : Régime Obligatoire

## ANNEXE : TABLEAU DES GARANTIES DES NIVEAUX D'EQUIPEMENTS

Le tableau de garanties indique les plafonds de remboursement des dépenses de santé effectuées par l'assuré ayant respecté le parcours de soins. Ces remboursements sont effectués en excluant la participation forfaitaire et la franchise annuelle de l'assuré qui restent à sa charge et dans la limite des dépenses engagées par l'assuré, conformément à la loi.

Les pourcentages de ce tableau sont des plafonds exprimés par rapport aux bases de remboursement de la Sécurité sociale en incluant son remboursement. Les garanties exprimées en euros correspondent au remboursement de la mutuelle uniquement et n'incluent pas le remboursement de la Sécurité sociale. Les garanties exprimées en pourcentage et en euros incluent le remboursement de la Sécurité sociale, le ticket modérateur et la prise en charge forfaitaire de la mutuelle. Les forfaits s'entendent par assuré.

**Bonus fidélité** : Les prestations suivies de ce symbole donnent lieu à un bonus fidélité. Chaque année, à la date anniversaire de votre adhésion, les forfaits mentionnés sont augmentés de 10 % dans la limite de 30 % Hors niveau d'Equipements 0.

	0	1	2	3	4
<b>Dentaire (6)</b>					
<b>Prothèses 100 % Santé (7)</b> 	Remboursement intégral (8)				
<b>Autres prothèses remboursées par le RO*</b>					
Couronne dentaire 	100%	90 € / couronne	175 € / couronne	260 € / couronne	345 € / couronne
Couronne dentaire transitoire	100%	100%	100%	100%	100%
Bridge (3 à 5 dents) 	100%	280 € / bridge	500 € / bridge	720 € / bridge	940 € / bridge
Appareil dentaire amovible (1 à 3 dents) 	100%	100 € / appareil	150 € / appareil	200 € / appareil	250 € / appareil
Inlay-Core	100%	45 € / inlay			
Dent supplémentaire ou réparation sur bridge et appareil amovible	100%	10 € / dent ou réparation	20 € / dent ou réparation	30 € / dent ou réparation	40 € / dent ou réparation
<b>Orthodontie remboursée par le RO* (16)</b>	100%	100 € / semestre	250 € / semestre	400 € / semestre	550 € / semestre
<b>Pour les « autres prothèses remboursées par le RO* » et « l'orthodontie », un plafond global annuel s'applique :</b>					
- année 1 (jusqu'à la fin du 12 <sup>e</sup> mois d'affiliation de l'assuré*)	-	500 €	500 €	700 €	700 €
- année 2 (jusqu'à la fin du 24 <sup>e</sup> mois d'affiliation de l'assuré*)	-	1 000 €	1 000 €	1 400 €	1 400 €
<b>Implants dentaires (9)</b>	-	-	300 €	400 €	500 €
<b>Parodontie non remboursée par le Régime obligatoire* (9)</b>	-	100 €	150 €	200 €	250 €
<b>Optique</b>					
<b>Equipements 100 % Santé (7) (monture et verres)</b> 	Remboursement intégral (8)				
<b>Autres verres et montures remboursés par le RO*</b>					
Monture adulte	100%	30 €	60 €	90 €	100 € (10)
Verre simple adulte (par verre) 	100%	30 €	50 €	70 €	90 €
Verre complexe et hyper complexe adulte (par verre) 	100%	85 €	100 €	115 €	135 €
Monture enfant	100%	30 €	40 €	50 €	70 €
Verre simple enfant (par verre) 	100%	20 €	35 €	50 €	75 €
Verre complexe et hyper complexe enfant (par verre) 	100%	85 €	100 €	115 €	130 €
Lentilles de contact (9)	100 % (11)	100 % + 40 €	100 % + 80 €	100 % + 120 €	100 % + 160 €
Chirurgie réfractive de l'œil (12)	-	-	-	300 €	400 €
Appareils basse vision (13)	100 % + 250 €	100 % + 250 €	100 % + 250 €	100 % + 250 €	100 % + 250 €
<b>Le nombre d'équipements (2 verres + 1 monture) est limité à 1 équipement par période de deux ans, à l'exception des cas pour lesquels un renouvellement anticipé est possible réglementairement. Dans tous les cas, pour chaque assuré*, le point de départ de la période correspond à la date de l'équipement.</b>					
<b>Aides Auditives</b>					
<b>Equipements 100 % Santé (7)</b> 	Remboursement intégral (8)				
<b>Autres aides auditives remboursées par le RO*</b>					
Appareil acoustique (> 20 ans)	100%	100 % + 150 €	100 % + 300 €	100 % + 450 €	100 % + 600 €
Appareil acoustique (≤ 20 ans)	100%	100 % + 50 €	100 % + 150 €	100 % + 250 €	100 % + 300 €
Entretien, piles et accessoires (9)	100%	100 % + 30 €	100 % + 40 €	100 % + 50 €	100 % + 60 €
<b>Pour l'ensemble des aides auditives prises en charge au titre du contrat, le nombre d'équipement (1 appareil acoustique) est limité à 1 équipement par oreille tous les 4 ans. Dans tous les cas, pour chaque assuré*, le point de départ de la période correspond à la date de l'équipement.</b>					
<b>Appareillage</b>					
<b>Matériel médical (14)</b>	100%	125%	150%	200%	300%
<b>Véhicule pour handicapés physiques inscrit au titre IV de la LPP* (9)</b>	100 % + 1 500 €	100 % + 1 500 €	100 % + 1 500 €	100 % + 1 500 €	100 % + 1 500 €
<b>Cures thermales (9) (15)</b>					
<b>Honoraires de cures thermales</b>	-	100%	100%	100%	100%
<b>Transport et hébergement</b>	-	100%	100%	100%	100%
<b>Forfait thermal pour soins</b>	-	100%	100%	100%	100%
			+ 150€	+ 250 €	+ 350 €

(6) Pour l'ensemble des garanties « Autres prothèses remboursées par le RO\* et orthodontie », les forfaits sont accordés dans la limite des plafonds année 1 et année 2 indiqués ci-dessus. Au-delà de ces plafonds, seul le ticket modérateur\* est remboursé. Ces plafonds s'appliquent en cas de changement du niveau d'Equipements.

(7) Tels que définis réglementairement.

(8) Dans les limites et conditions de la réglementation en vigueur.

(9) Forfait par année civile.

(10) Par exception, ce forfait de 100€ correspond au remboursement de la mutuelle en incluant le remboursement de la Sécurité sociale

(11) Uniquement les lentilles prises en charge par le Régime obligatoire\*.

(12) Forfait par œil et par année civile.

(13) Aides visuelles pour les personnes dont l'acuité visuelle avec correction est inférieure à 4/10ème. Forfait par année civile. La prise en charge s'effectue en complément du Régime obligatoire\* et/ou des aides publiques éventuelles.

(14) Hors titre IV de la LPP\*, objets contraceptifs, basse vision et appareils acoustiques.

(15) Sous réserve de prise en charge de la cure thermique par le Régime obligatoire\*.

(16) Forfait par semestre de traitement, pouvant être proratisé selon la durée effective de traitement.

LPP\* : Liste des Produits et Prestations

RO\* : Régime Obligatoire

