



# COL

## UN CONTRAT LABELLISÉ

LA COMPLÉMENTAIRE SANTÉ DÉDIÉE  
AUX AGENTS ET PERSONNELS TERRITORIAUX

**mgs**

UNE MARQUE DE GROUPE FRANCE MUTUELLE

[WWW.MUTUELLE-MGS.COM](http://WWW.MUTUELLE-MGS.COM)

# COL Labellisé

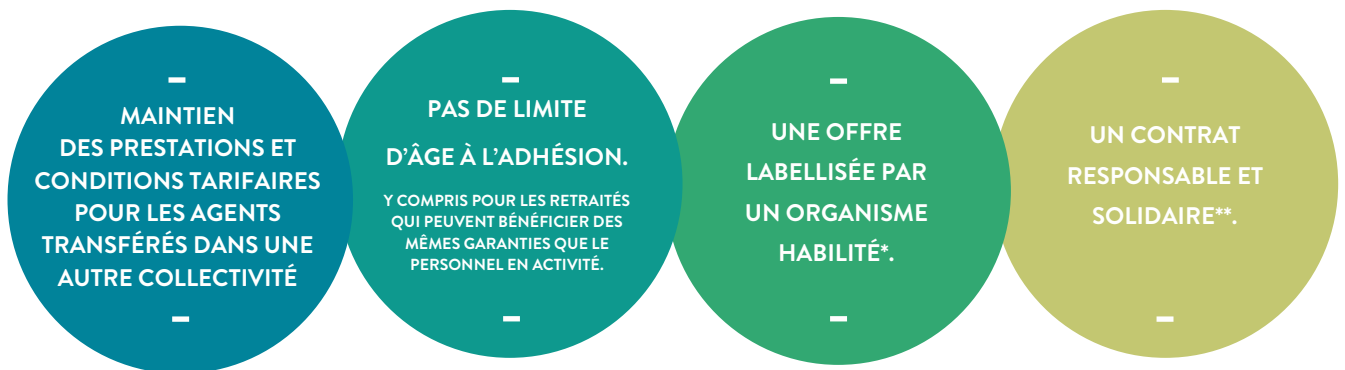
## 3 NIVEAUX DE GARANTIES, POUR LES AGENTS ET RETRAITÉS DES COLLECTIVITÉS LOCALES ET TERRITORIALES

Tout employé de la fonction publique territoriale peut prétendre à une complémentaire santé financée en partie par son employeur, dès lors qu'il souscrit un contrat labellisé.

### Un contrat labellisé, qu'est-ce que c'est ?

C'est un contrat qui reçoit un label permettant à l'agent de bénéficier, le cas échéant, d'une aide financière de sa collectivité car il répond notamment à des critères de solidarité intergénérationnelle.

## DES CONDITIONS QUI DONNENT LE TON !



### UNE ASSISTANCE SANTÉ EN CAS D'HOSPITALISATION OU D'IMMOBILISATION À DOMICILE\*\*\*



#### AIDE-MÉNAGÈRE À DOMICILE

Tâches quotidiennes d'entretien, courses, démarches courantes.



#### GARDE D'ENFANT ET SOUTIEN SCOLAIRE

Enfant malade ou immobilisé, un service est mis en place pour maintenir les impératifs du quotidien.



#### HOSPITALISATION

Transport vers un centre hospitalier, recherche d'une place dans un service hospitalier en particulier, transport par taxi en cas de chirurgie ambulatoire.

### DES SERVICES QUI RENDENT PLUS SEREIN

#### UNE PROTECTION JURIDIQUE SANTÉ

L'assurance de Protection Juridique vous apporte une information juridique, vous protège des litiges dans le cadre de votre vie privée ou professionnelle, défend vos intérêts devant les tribunaux, que ce soit en défense ou en recours.



#### RÉSEAU DE SOINS OPTIQUE SANTÉCLAIR

L'accès au réseau de soins optique Santéclair pour des tarifs négociés, avec 35 à 40% de réduction par rapport au prix du marché.



#### DES RENDEZ-VOUS CULTURELS OFFERTS

Chaque mois France Mutuelle vous invite à un spectacle (théâtre, cinéma, etc) en région parisienne\*\*\*\* et vous propose des tarifs préférentiels pour de nombreux autres événements culturels.

#### LA TÉLÉCONSULTATION MÉDICALE\*\*\*\*\*

La téléconsultation médicale vous permet de consulter un médecin par téléphone, 24h/24, 7j/7.

\* Dans les conditions du décret 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. \*\* Les garanties sont conformes au nouveau cahier des charges du contrat responsable tel que prévu par le décret n°2014-1374 du 18 novembre 2014. \*\*\* Sous conditions. Assistance Santé au Quotidien, contrat en inclusion. Voir dans la fiche d'information, disponible sur simple demande, pour les modalités de mise en œuvre des garanties. \*\*\*\* Dans la limite des places disponibles. \*\*\*\*\* Voir la fiche d'information.

Le Décret n°2011-1474 du 8 novembre 2011 offre aux Collectivités Territoriales et à leurs Établissements Publics la possibilité de participer au financement de la protection sociale complémentaire de leurs agents.

Trois contrats « labellisés » (**COL1, COL2 et COL3**) vous sont proposés par la MGS, dans le but de faciliter l'accès à une offre de soins associant de meilleures garanties à des coûts maîtrisés.

En cas de changement de Collectivité ou de statut (départ à la retraite), vous pourrez continuer à bénéficier des mêmes garanties.

La MGS, soucieuse de préserver les intérêts des agents, appliquera les mêmes conditions tarifaires.

Vous trouverez dans cette notice toutes les informations pratiques relatives à l'offre « complémentaire santé » qui vous sont proposées par la MGS.



# PRESTATIONS COL LABELLISÉ 2020

Les garanties sont exprimées en pourcentage de la Base de Remboursement (BR) de la Sécurité sociale (tarif de référence déterminé par la Sécurité sociale) ou en euros, dans la limite des frais engagés et selon la réglementation en vigueur. Délivrées dans les conditions et limites des contrats responsables en application de l'article L871-1 du code de la Sécurité sociale et ses décrets d'application.

	COL1 Remboursement Sécurité sociale + Mutuelle	COL2 Remboursement Sécurité sociale + Mutuelle	COL3 Remboursement Sécurité sociale + Mutuelle
<b>SOINS COURANTS</b>			
<b>Honoraires médicaux</b>			
Généraliste et spécialiste - DPTM <sup>(1)</sup>	100%	150%	220%
Généraliste et spécialiste- hors DPTM <sup>(1)</sup>	100%	130%	200%
Actes d'imagerie, actes techniques médicaux et d'échographie - DPTM <sup>(1)</sup>	100%	150%	220%
Actes d'imagerie, actes techniques médicaux et d'échographie - hors DPTM <sup>(1)</sup>	100%	130%	200%
Actes médicaux réalisés en cabinet - DPTM <sup>(1)</sup>	100%	130%	200%
Actes médicaux réalisés en cabinet - hors DPTM <sup>(1)</sup>	100%	110%	180%
<b>Médicaments</b>	100%	100%	100%
Prescrits mais non pris en charge par la Sécurité Sociale	30 €	30 €	30 €
Forfait pilule contraceptive non pris en charge par la Sécurité sociale <sup>(2)</sup>	35 €	50 €	50 €
<b>Analyses et examens de laboratoire</b>	100%	130%	200%
<b>Honoraire paramédicaux</b>	100%	130%	200%
<b>Matériel médical</b>	100%	150%	200%
<b>Frais de transport</b>	100%	100%	100%
<b>Soins à l'étranger</b>	100%	100%	100%
<b>HOSPITALISATION</b>			
<b>Honoraires</b>			
Chirurgien et anesthésiste - DPTM <sup>(1)</sup>	100%	150%	220%
Chirurgien et anesthésiste - hors DPTM <sup>(1)</sup>	100%	130%	200%
Participation forfaitaire, actes techniques supérieurs à 120 euros	24 €	24 €	24 €
<b>Forfait journalier hospitalier sans limitation de durée <sup>(3)</sup></b>	100% Frais réels	100% Frais réels	100% Frais réels
<b>Frais de séjour</b>	100%	100%	100%
<b>Chambre particulière</b>			
En médecine ou chirurgie par jour, 30 jours par hospitalisation (pour les garanties COL1 et COL2)	15 €	50 €	70 €
En maternité par jour, sans limitation de durée	15 €	50 €	70 €
Lit accompagnant Enfant âgé de - de 12 ans, par jour, 20 jours par hospitalisation	-	8 €	15 €
Frais de location de TV par jour limité à 72 € par hospitalisation	-	2 €	2 €
<b>DENTAIRE</b>			
<b>Soins et prothèses 100% santé <sup>(4)</sup></b>	Sans reste à charge	Sans reste à charge	Sans reste à charge
<b>Soins (panier à tarifs libres ou maîtrisés)</b>	100%	100%	100%
<b>Prothèses (paniers à tarifs libres ou maîtrisés) par prothèse, y compris Inlay/Onlay*</b>	Sécurité sociale + 110 €	Sécurité sociale + 220 €	Sécurité sociale + 330 €
<b>Bridge dentaire*</b>	Sécurité sociale + 280 €	Sécurité sociale + 560 €	Sécurité sociale + 840 €
<b>Appareil stellite*</b>	Sécurité sociale + 140 €	Sécurité sociale + 280 €	Sécurité sociale + 420 €
<b>Non pris en charge par la Sécurité sociale</b>			
Implantologie par implant*	165 €	220 €	300 €
<b>Plafond annuel* prothèses et implants (au-delà remboursement du seul ticket modérateur)</b>	1550 €	1550 €	2000 €
<b>Orthodontie</b>			
Prise en charge par la Sécurité sociale sur la base d'un semestre	100% + 100 €	100% + 200 €	100% + 350 €
Non pris en charge par la Sécurité sociale <sup>(2)</sup>	-	200 €	550 €
<b>OPTIQUE</b>			
<b>Équipement 100% santé <sup>(4)</sup></b>	Sans reste à charge	Sans reste à charge	Sans reste à charge
<b>Monture et verres <sup>(5)</sup> (remboursement monture limité à 100 €)</b>			
Monture + 2 verres simples	Sécurité sociale + 150 €	Sécurité sociale + 220 €	Sécurité sociale + 360 €
Monture + 1 verre simple + 1 verre complexe	Sécurité sociale + 180 €	Sécurité sociale + 250 €	Sécurité sociale + 385 €
Monture +1 verre simple + 1 verre très complexe	Sécurité sociale + 200 €	Sécurité sociale + 270 €	Sécurité sociale + 405 €
Monture + 2 verres complexes	Sécurité sociale + 210 €	Sécurité sociale + 280 €	Sécurité sociale + 410 €
Monture +1 verre complexe + 1 verre très complexe	Sécurité sociale + 230 €	Sécurité sociale + 300 €	Sécurité sociale + 430 €
Monture + 2 verres très complexes	Sécurité sociale + 250 €	Sécurité sociale + 320 €	Sécurité sociale + 450 €
<b>Lentilles</b>			
Prises en charge par la Sécurité sociale <sup>(2)</sup>	Sécurité sociale + 100 €	Sécurité sociale + 150 €	Sécurité sociale + 200 €
Non prises en charge par la Sécurité sociale <sup>(2)</sup>	100 €	150 €	200 €
Chirurgie réfractive non pris en charge par la Sécurité sociale, par œil	-	250 €	350 €
<b>AIDES AUDITIVES</b>			
Équipement 100% santé à partir de l'application du dispositif en 2021 <sup>(4)</sup>	Sans reste à charge	Sans reste à charge	Sans reste à charge
<b>Audio-prothèses <sup>(2)</sup></b>	100%	100% + 100 €	100% + 900 €
<b>CURE</b>			
Cure thermique	-	Sécurité sociale + 122 €	Sécurité sociale + 150 €
<b>PRÉVENTION</b>			
Non pris en charge par la Sécurité sociale			
Ostéopathe, étiope, acupuncteur, homéopathe, sophrologue, sexologue, diététicien, chiropracteur, pédicure, podologue, tabacologue, psychomotricien, psychologue, ergologue par acte	20 € (Forfait 100 €/an)	30 € (Forfait 150 €/an)	50 € (Forfait 200 €/an)
Ostéodensitométrie osseuse par examen	23 €	23 €	23 €
Vaccins <sup>(2)</sup>	20 €	40 €	50 €
Assistance <sup>(7)</sup>	Include	Include	Include
Téléconsultation médicale <sup>(7)</sup>	Include	Include	Include
Protection juridique santé <sup>(7)</sup>	Include	Include	Include
<b>PARTICIPATIONS</b>			
Allocation forfaitaire maternité par enfant, si conjointe ou bénéficiaire inscrite	110 €	200 €	250 €
Frais d'obsèques	-	500 €	1500 €

<sup>(1)</sup> Le DPTM (dispositif de pratique tarifaire maîtrisée) regroupe l'OPTAM (Option pratique tarifaire maîtrisée) et l'OPTAM-CO pour les chirurgiens et les obstétriciens. Ce dispositif signé entre l'Assurance Maladie et des médecins engage à une limitation des dépassements d'honoraires et à une amélioration du remboursement par la Sécurité sociale et par la mutuelle. Pour savoir si votre médecin a pris part à ce dispositif, connectez-vous sur le site <http://annuaire.sante.ameli.fr>  
<sup>(2)</sup> Montant maximum par année civile (du 1<sup>er</sup> janvier au 31 décembre). <sup>(3)</sup> Le forfait journalier n'est pas pris en charge au sein des établissements médico-sociaux. <sup>(4)</sup> Tels que définis réglementairement. Le 100% santé vous permet de bénéficier d'un panier de soins sans reste à charge, après remboursement de l'Assurance Maladie et de la mutuelle. Si vous ne souhaitez pas bénéficier des prestations comprises dans ce panier, les remboursements se feront selon le niveau de garantie choisi à la ou aux lignes suivantes. <sup>(5)</sup> Les montants de remboursements couvrent les frais d'acquisition engagés, par période de prise en charge de 2 ans pour un équipement composé de 2 verres et d'1 monture dont le remboursement est limité à 100 €. Ils incluent la participation de l'Assurance Maladie. Le délai entre deux prises en charge peut être réduit dans les conditions définies dans le règlement mutualiste ou la notice d'information. En cas d'achat d'un équipement composé d'une monture hors 100% Santé et de verre 100% santé (ou inversement), le remboursement de la partie de l'équipement hors 100% santé sera alors limité au forfait correspondant à la correction de l'équipement acquis, déduction faite du coût de la partie 100% santé. Verres simples : verres simples foyer dont la sphère est comprise entre -6,00 et -0,00 et dont le cylindre est inférieur ou égal à +4,00 ; ou dont la sphère est positive et dont la somme «sphère + cylindre» est inférieure ou égale à 6,00. Verres complexes : tous les autres verres. <sup>(6)</sup> Pour la chiropraxie et l'ostéopathie, prise en charge uniquement des soins réalisés par des praticiens ou sages-femmes inscrits au fichier ADELI. Pour l'acupuncture, prise en charge uniquement des soins réalisés par les praticiens reconnus en tant que médecins, selon l'article L.4111-1 du Code de la Santé publique. Pour l'étiopathie, prise en charge uniquement des soins réalisés par les praticiens inscrits au Registre National des Etiopathes (RNE). <sup>(7)</sup> Voir conditions de la fiche d'information ou la notice d'information, relative au contrat, disponible sur simple demande.

# COTISATIONS MENSUELLES TTC 2020

(inclus les taxes CMU (6,27%), TCA (7%) et patientèle (0,8%))

Contrat	Agent Seul	Agent + 1 enfant	Agent + 2 enfants et +	Couple (2 adultes)	Famille (2 adultes & 1 enfant et +)
< ou égal à 30 ans					
<b>COL1</b>	28,70 €	42,25 €	54,42 €	50,96 €	64,22 €
<b>COL2 <sup>(1)</sup></b>	50,80 €	89,15 €	94,66 €	100,64 €	129,56 €
<b>COL3 <sup>(2)</sup></b>	74,40 €	115,84 €	135,11 €	145,86 €	183,32 €
De 31 ans à 45 ans					
<b>COL1</b>	47,62 €	74,80 €	83,01 €	94,70 €	134,46 €
<b>COL2 <sup>(1)</sup></b>	61,99 €	97,06 €	107,39 €	122,39 €	155,35 €
<b>COL3 <sup>(2)</sup></b>	99,69 €	150,46 €	162,36 €	180,62 €	219,84 €
De 46 ans à 60 ans					
<b>COL1</b>	49,88 €	78,38 €	86,97 €	99,22 €	140,86 €
<b>COL2 <sup>(1)</sup></b>	64,92 €	101,64 €	112,49 €	128,19 €	162,74 €
<b>COL3 <sup>(2)</sup></b>	104,37 €	157,54 €	170,02 €	189,15 €	230,24 €
+ de 60 ans					
<b>COL1</b>	52,16 €	81,93 €	90,94 €	103,71 €	147,26 €
<b>COL2 <sup>(1)</sup></b>	67,84 €	106,24 €	117,58 €	134,00 €	170,10 €
<b>COL3 <sup>(2)</sup></b>	109,04 €	164,64 €	177,69 €	197,69 €	240,65 €

l'âge pris en compte pour définir la cotisation mensuelle est calculé par rapport à la différence entre l'année de cotisation et l'année de naissance


<sup>(1)</sup> Dont 0,35 € de cotisation décès

<sup>(2)</sup> Dont 1,05 € de cotisation décès



# EXEMPLES DE REMBOURSEMENT

Ces exemples de remboursements respectent l'engagement de lisibilité des garanties définies par l'Union Nationale des Organismes d'Assurance Maladie Complémentaire (UNOCAM). Ils expliquent de façon claire et précise les modalités de remboursements de la Sécurité sociale et de la Mutuelle. Ces exemples s'appliquent au 1<sup>er</sup> Janvier 2020.

ACTES MÉDICAUX		TARIF SÉCURITÉ SOCIALE (BR)	REMBOURSEMENT SÉCURITÉ SOCIALE	REMBOURSEMENT MUTUELLE	TOTAL	RESTE À CHARGE
	<b>SOINS COURANTS*</b> CONSULTATION MÉDECIN TRAITANT GÉNÉRALISTE DPTM Prix moyen pratiqué : 25,00 €	COL 1	25,00 €	7,50 €	24,00 €	1,00 €
		COL 2	25,00 €	7,50 €	24,00 €	1,00 €
		COL 3	25,00 €	7,50 €	24,00 €	1,00 €
	<b>SOINS COURANTS</b> CONSULTATION MÉDECIN TRAITANT GÉNÉRALISTE HORS DPTM Prix moyen pratiqué : 50,00 €	COL 1	23,00 €	6,90 €	22,00 €	28,00 €
		COL 2	23,00 €	13,80 €	28,90 €	21,10 €
		COL 3	23,00 €	29,90 €	45,00 €	5,00 €
	<b>SOINS COURANTS*</b> CONSULTATION D'UN SPÉCIALISTE GYNÉCOLOGUE DPTM Prix moyen pratiqué : 44,00 €	COL 1	30,00 €	9,00 €	29,00 €	15,00 €
		COL 2	30,00 €	23,00 €	43,00 €	1,00 €
		COL 3	30,00 €	23,00 €	43,00 €	1,00 €
	<b>SOINS COURANTS</b> CONSULTATION D'UN SPÉCIALISTE GYNÉCOLOGUE HORS DPTM Prix moyen pratiqué : 56,00 €	COL 1	23,00 €	6,90 €	22,00 €	34,00 €
		COL 2	23,00 €	13,80 €	28,90 €	27,10 €
		COL 3	23,00 €	29,90 €	45,00 €	11,00 €
	<b>DENTAIRE</b> SOINS DENTAIRES DÉTARTRAGE Prix moyen pratiqué : 28,92 €	COL 1	28,92 €	8,68 €	28,92 €	0,00 €
		COL 2	28,92 €	8,68 €	28,92 €	0,00 €
		COL 3	28,92 €	8,68 €	28,92 €	0,00 €
	<b>DENTAIRE</b> PROTHÈSES DENTAIRES ACCEPTÉES COURONNE CÉRAMO-MÉTALLIQUE SUR MOLAIRE Prix moyen pratiqué : 538,70 €	COL 1	107,50 €	110,00 €	185,25 €	353,45 €
		COL 2	107,50 €	220,00 €	295,25 €	243,45 €
		COL 3	107,50 €	330,00 €	405,25 €	133,45 €
	<b>OPTIQUE ADULTE</b> MONTURE + 2 VERRES SIMPLES Prix moyen pratiqué : 345,00 €	COL 1	0,15 €	150,00 €	150,09 €	194,91 €
		COL 2	0,15 €	220,00 €	220,09 €	124,91 €
		COL 3	0,15 €	344,91 €	345,00 €	0,00 €
	<b>HOSPITALISATION</b> FORFAIT JOURNALIER Prix moyen pratiqué : 20,00 €	COL 1	20,00 €	20,00 €	20,00 €	0,00 €
		COL 2	20,00 €	20,00 €	20,00 €	0,00 €
		COL 3	20,00 €	20,00 €	20,00 €	0,00 €
	<b>HOSPITALISATION</b> HONORAIRES CHIRURGIEN DPTM OPERATION CATARACTE Prix moyen pratiqué : 355,00 €	COL 1	272,00 €	00,00 €	272,00 €	83,00 €
		COL 2	272,00 €	83,00 €	355,00 €	00,00 €
		COL 3	272,00 €	83,00 €	355,00 €	00,00 €
	<b>HOSPITALISATION</b> HONORAIRES CHIRURGIEN HORS DPTM OPERATION CATARACTE Prix moyen pratiqué : 431,00 €	COL 1	272,00 €	00,00 €	272,00 €	159,00 €
		COL 2	272,00 €	81,60 €	353,60 €	77,40 €
		COL 3	272,00 €	159,00 €	431,00 €	00,00 €
	<b>PROTHÈSE ACOUSTIQUE</b> AIDE AUDITIVE DE CLASSE II PAR OREILLE Prix moyen pratiqué : 1 476,00 €	COL 1	350,00 €	140,00 €	350,00 €	1126,00 €
		COL 2	350,00 €	240,00 €	450,00 €	1026,00 €
		COL 3	350,00 €	210,00 €	1250,00 €	226,00 €

Base de calcul du remboursement de la sécurité sociale au 01/01/2020

(\*) Franchise de 1 € non prise en charge par la Sécurité Sociale.

# DOSSIER D'INSCRIPTION

## Les documents à nous fournir :

- 1 le bulletin de souscription en inscrivant le choix de votre contrat, COL1, COL2 ou COL3, le nom des personnes que vous souhaitez voir bénéficier des garanties, sans oublier de le dater et signer en bas à gauche.
- 2 La photocopie de l'attestation de la carte vitale du souscripteur ainsi que celle de chaque ayant droit à inscrire ayant son propre numéro de Sécurité Sociale (ce document permet de mettre en place la télétransmission avec votre centre de sécurité sociale et d'accélérer ainsi vos remboursements).
- 3 Un chèque à l'ordre de MGS représentant le montant de votre 1<sup>ère</sup> mensualité. \*
- 4 Un mandat de prélèvement SEPA (complété et signé) accompagné de votre relevé d'identité bancaire (R.I.B.). Excepté les comptes d'épargne Livret A. \*
- 5 Le certificat de scolarité de vos enfants âgés de plus de 16 ans sachant que les enfants étudiants ou en apprentissage sont maintenus sur le dossier parental jusqu'à l'année de leurs 25 ans.
- 6 Un certificat de radiation du précédent organisme de santé, le cas échéant (datant de moins de 3 mois).
- 7 la photocopie recto-verso de votre Carte Nationale d'Identité.
- 8 un justificatif de domicile datant de moins de 3 mois.



## Date d'effet de la souscription :

L'adhésion est effective au 1<sup>er</sup> jour du mois de la réception du bulletin de souscription ou le 1<sup>er</sup> jour du mois suivant.

\* Dans le cas d'un paiement de cotisation par prélèvement bancaire.

**L'ensemble de votre dossier d'inscription doit être validé par votre employeur.**

## Et après ?

### Dès que nous aurons enregistré votre inscription :

- 1 Vous recevrez votre carte mutualiste.
- 2 Vous pourrez accéder à la partie « Adhérents » du site internet avec la possibilité de :
  - **Consulter** et être alerté par mail des remboursements ;
  - **Effectuer** vos démarches administratives (changement d'adresse, de compte, de moyen de paiement, ajouter/supprimer un bénéficiaire, etc...);
  - **Consulter** la liste des partenaires du réseau SANTECLAIR ;
  - **Bénéficier** du service MGS Assistance ;
  - **Télécharger** les statuts, le règlement intérieur et le règlement mutualiste en cliquant sur l'onglet « le guide pratique » ;
  - **Nous faire part** de vos remarques, réclamations ou toutes questions en cliquant sur l'onglet « Contact ».

✂.....

NOM : \_\_\_\_\_ PRÉNOM : \_\_\_\_\_

TEL : 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 MAIL : \_\_\_\_\_

ADRESSE : \_\_\_\_\_

CP : \_\_\_\_\_ VILLE : \_\_\_\_\_

COLLECTIVITÉ (PRÉCISER SON NOM) : \_\_\_\_\_

- JE SOUHAITE ADHERER AU CONTRAT COL1
- JE SOUHAITE ADHERER AU CONTRAT COL2
- JE SOUHAITE ADHERER AU CONTRAT COL3

DATE ET SIGNATURE

## LE TIERS-PAYANT

### Qu'est ce que le tiers-payant?

Contrairement à une idée reçue, ce système ne signifie pas la gratuité des soins.

Le tiers-payant est un service gratuit qui s'ajoute au tiers-payant de votre régime obligatoire d'assurance maladie.

Vous ne faites aucune avance, la MGS règle directement, pour votre compte, aux professionnels de santé, la part des dépenses restant à votre charge dans la limite des garanties de votre contrat.

### Chez quels professionnels de santé?

Les pharmacies, les centres mutualistes et les centres conventionnés MGS.

Cependant si votre pharmacien, centre de soins ou laboratoire vous font régler le ticket modérateur, adressez-nous une attestation de paiement établie par le professionnel de santé.

Vous pouvez les inciter à contacter la MGS pour mettre en place un accord.

## NOS CONSEILS

Conservez une photocopie de vos factures, et de vos décomptes de la Sécurité Sociale.

Ayez toujours sur vous votre carte mutualiste.

## REMBOURSEMENTS

### Comment vous parviennent les remboursements?

Les remboursements sont effectués sur le compte bancaire de l'adhérent dans les 15 jours ouvrables à compter de la réception par la M.G.S. des décomptes de la Sécurité Sociale. Les décomptes de remboursement sont expédiés mensuellement à l'adresse personnelle de l'adhérent ou consultables sur le site [www.mutuelle-mgs.com](http://www.mutuelle-mgs.com). Vous devez donc nous faire parvenir impérativement un Relevé d'Identité Bancaire libellé à votre nom.

## Documents indispensables pour certains remboursements :

### Prothèses dentaires :

Pour obtenir les remboursements dans les meilleurs délais, vous devez adresser à Santéclair les factures relatives à des traitements particuliers tels que les appareillages dentaires et les bridges.

Les factures concernant les prothèses dentaires telles que les couronnes ne sont pas concernées par cette disposition ; les remboursements étant effectués par télétransmission. Si tel n'était pas le cas, vous devez nous envoyer la facture originale accompagnée du décompte de la Sécurité Sociale.

### Optique :

Votre opticien est un professionnel de santé partenaire de Santéclair, il adresse par courrier au 78 boulevard de la République - 92514 Boulogne Billancourt Cedex, par mail à [devis@santeclair.fr](mailto:devis@santeclair.fr) ou par fax au 01 47 61 20 92, la demande de prise en charge qui lui sera directement réglée par MGS.

Votre opticien n'est pas partenaire Santéclair, vous devez le régler intégralement et transmettre à la MGS le décompte de la Sécurité Sociale accompagné de la facture.

Dans le cas où le décompte de la Sécurité Sociale serait envoyé par télétransmission à la MGS, un décompte réglant le ticket modérateur vous sera adressé et en retour vous nous transmettez la facture. La MGS effectuera ensuite une régularisation du paiement.

### Orthopédie, acoustique, petit appareillage :

Dans le cas où la Sécurité Sociale ne nous transmet pas le décompte par télétransmission, vous devez nous envoyer la facture originale accompagnée du décompte de la Sécurité Sociale.

### Cure thermique :

Dans le cas où la Sécurité Sociale ne nous transmet pas le décompte par télétransmission, vous devez nous envoyer la facture originale accompagnée du décompte de la Sécurité Sociale portant la mention « Surveillance thermique ».

### La MGS est complémentaire d'une autre Mutuelle :

Pour toutes les demandes de remboursement, dans le cas où la MGS est complémentaire d'une autre mutuelle, vous devez nous adresser également le décompte de remboursement de l'autre mutuelle.





## COTISATIONS

### Mode de règlement des cotisations.

Vous adhérez par le biais de votre collectivité.

Paiement mensuel à terme à échoir payable avant le 10 de chaque mois par précompte sur fiche de salaire ou par prélèvement bancaire. Il vous suffit de nous faire parvenir un relevé d'identité bancaire (RIB). Le service adhésion de la MGS vous adressera, si nécessaire, un mandat SEPA à retourner dûment signé.

Les comptes d'épargne « Livret A » ne sont pas acceptés.

## COMMENT OBTENIR UNE PRISE EN CHARGE

### Pour une hospitalisation.

Présentez votre carte d'adhérent à l'établissement hospitalier conventionné Sécurité Sociale.

L'établissement doit adresser à la MGS une demande de prise en charge par fax au 01 48 97 45 48 ou par courrier, vous évitant ainsi l'avance financière dans la limite des garanties prévues dans votre contrat.

### Réseau SANTECLAIR.

Tiers payant chez les professionnels de santé partenaires SANTECLAIR (opticiens, chirurgiens dentistes, audioprothésistes, chirurgiens implantologues) qui vous dispenseront d'avancer le montant qui sera pris en charge par la MGS.

L'opticien, partenaire Santéclair, adresse par courrier au 78 boulevard de la République - 92514 Boulogne Billancourt Cedex, par mail à [devis@santeclair.fr](mailto:devis@santeclair.fr) ou par fax au 01 47 61 20 92 la demande de prise en charge qui lui sera directement réglé par MGS.

Si votre opticien n'est pas partenaire, vous devez le régler intégralement et adresser à la MGS la facture originale acquittée.

## AJOUT D'UN AYANT DROIT, CHANGEMENT DE CONTRAT, RADIATION

**Le contrat collectif à caractère facultatif** est proposé aux agents de la collectivité qui auront le choix d'y souscrire et d'y inclure sur justificatifs le conjoint, les enfants et les personnes à charge inscrites sur l'attestation de la carte vitale.

Tout agent quittant la collectivité suite à un départ à la retraite continue à bénéficier du tarif préférentiel de groupe. Cette condition s'applique également à ses ayants droit.

Les agents transférés ou mutés dans une collectivité locale ou territoriale non adhérente à la MGS continuent à bénéficier des mêmes prestations aux mêmes conditions tarifaires.

Pour toute autre cause de départ, des propositions sont faites à l'agent pour son maintien au sein de la mutuelle.

Le conjoint survivant bénéficiant du contrat groupe de l'adhérent décédé aura une proposition pour maintenir son adhésion à la Mutuelle Générale Santé.



**Pour toute modification du dossier de l'adhérent** (Ajout ou retrait d'un ayant droit, changement de contrat, Résiliation...), l'agent de la collectivité doit effectuer ses démarches directement auprès de la Mutuelle Générale Santé et prévenir son employeur dans le cas où ses cotisations sont précomptées sur le salaire.

La demande de radiation doit être notifiée par lettre recommandée avec accusé de réception au moins deux mois avant le 31 décembre de l'année en cours.

L'adhérent a la possibilité de résilier des ayants droit de son contrat avec un préavis d'un mois.

Cette résiliation prendra effet le 1<sup>er</sup> du mois suivant.



# LA MUTUELLE A SON VOCABULAIRE

## Délai de stage ou délai de carence

Période pendant laquelle la mutuelle ne rembourse pas les soins à l'adhérent.

## Base de remboursement (BR)

Montant des honoraires définis par la convention entre la Sécurité Sociale et les syndicats de praticiens. C'est la base de calcul du montant des remboursements.

## Certificat de radiation

Attestation de fin de contrat délivrée par la mutuelle ou l'organisme, où vous étiez adhérent, valable deux mois, qui permet de s'inscrire sans délai de stage.

## Mutation

Changement d'organisme complémentaire ou changement de contrat au sein de la MGS.

## CPAM

Caisse Primaire d'Assurance Maladie.

## Régime obligatoire

Régime d'assurance maladie auquel est affilié le bénéficiaire.

## Adhérent

Souscripteur du contrat.

## Ayant droit

Personne couverte par la Sécurité Sociale et la mutuelle d'un membre de la famille de l'adhérent (parent, conjoint ou concubin).

## Bénéficiaires

L'adhérent et les membres de sa famille inscrits sur le même dossier (ayant droit).

## Tiers payant

Système de remboursement direct des pharmaciens, des hôpitaux, des centres de soins et d'optique, qui évite aux adhérents d'avancer les frais de dépenses de santé.

## Forfait

Remboursement versé par la mutuelle pour certains actes en compensation du faible remboursement du régime d'assurance maladie.

## Ticket Modérateur (T.M.)

Partie des dépenses de santé qui reste à votre charge après le remboursement de la Sécurité Sociale.

## Médecins conventionnés - secteur I

Médecins pratiquant des honoraires définis par la convention de la Sécurité Sociale.

## Médecins conventionnés - secteur II

Médecins conventionnés avec dépassement d'honoraires.

## Praticiens non conventionnés - secteur III

Praticiens non conventionnés ayant des honoraires libres.

### L'ATTESTATION CARTE VITALE

L'attestation papier vous permet de justifier de vos droits auprès des personnels de santé. De plus, dans certaines situations (embauche, souscription à une mutuelle...), elle peut vous être demandée pour prouver que vous êtes bien affilié à la sécurité sociale.

### COMMENT SE PROCURER UNE ATTESTATION CARTE VITALE :

- Sur le site Ameli.fr
- Par téléphone en composant le 3646
- Dans votre centre de Sécurité Sociale



## NOTRE SITE INTERNET : UNE VRAIE SOURCE D'INFORMATIONS

Via notre site internet vous pouvez accéder à votre espace adhérents afin d'effectuer différentes démarches administratives grâce à un site plus intuitif.

### Informations Générales :

Grâce au site Internet de la MGS [www.mutuelle-mgs.com](http://www.mutuelle-mgs.com) vous aurez la possibilité de :

- découvrir notre mutuelle en chiffres, télécharger les statuts et règlements, vous informer sur nos nombreux engagements et les produits mis à votre disposition ;
- retrouver les dernières actualités récentes liées au monde de la santé ;
- lire le mot du président ;
- rechercher les centres conventionnés à travers toute la France ;
- Poser toutes vos questions à notre agent virtuel Zoé..



### Adhérents : faciliter la communication

Par le biais de l'onglet « Adhérents » vous avez la possibilité d'accéder à de nombreux services vous concernant :

- la consultation de vos remboursements des 3 derniers mois :
  - par date de soins ou de remboursements,
  - pour une période donnée ou un mois entier,
  - pour un bénéficiaire seul ou toute la famille.

Vous avez également la possibilité d'être alerté par mail de vos remboursements.

- l'accès au guide pratique pour répondre à toutes les questions que vous vous posez ;
- la visualisation des garanties de votre contrat en cours mais également un historique ;
- la possibilité de modifier vos paramètres (changement d'adresse, de compte, de moyen de paiement, ajouter/supprimer un bénéficiaire, etc...);
- la consultation des derniers changements ou informations survenus au sein de la MGS et des différents documents tels que les notes d'informations ou le guide pratique disponibles en téléchargement ;
- la possibilité d'effectuer une demande de prise en charge hospitalière en nous fournissant les données nécessaires.

[www.mutuelle-mgs.com](http://www.mutuelle-mgs.com)

# CONTACTEZ-NOUS

FRANCE MUTUELLE À VOTRE ÉCOUTE TOUT AU LONG DE L'ANNÉE



## PAR TÉLÉPHONE

01 48 97 71 79



## PAR COURRIER

MGS - CENTRE DE GESTION  
22, RUE MALMAISON  
93170 BAGNOLET cedex  
du lundi au vendredi (10h-17h)

## VOUS RASSURER AVANT DE VOUS ASSURER

Des solutions de protections sociale innovantes, durables  
et adaptées aux besoins de chacun

Disponibilité des équipes, qualité de service, relation de confiance,  
des valeurs qui permettent de faire vivre à nos adhérents une autre expérience  
de la complémentaire santé.

**mgs**

[WWW.MUTUELLE-MGS.COM](http://WWW.MUTUELLE-MGS.COM)