

Les garanties sont exprimées en pourcentage de la base de remboursement de la Sécurité sociale et incluent la participation du régime d'Assurance Maladie Obligatoire (AMO)

A - Soins Courants

01 Consultations, visites, actes d'imagerie et échographie médicale dans l'OPTAM ⁽²⁾	200 %
02 Analyses, Auxiliaires médicaux	100 %
03 Médicaments à SMR important, petit appareillage et transports	100 %
04 Médicaments à Service Médical Rendu modéré	100 %
05 Médicaments à Service Médical Rendu faible	100 %
06 Vaccins prescrits hors S.S. dans la limite annuelle de	120 €
07 Forfait de 18 € sur actes techniques médicaux d'un montant égal ou supérieur à 120 €	100 %

B - Hospitalisations

08 Honoraires dans l'OPTAM CO ^{(2) (3)}	200 %
09 Frais de séjour, salle d'opération	100 %
10 Forfait journalier y compris en établissement spécialisé	Illimité
11 Chambre particulière limitée à 90 jours/an ⁽⁴⁾	50 €
12 Chambre particulière sans nuitée (ambulatoire)	20 €
13 Frais d'accompagnant (90 jours/an) pour les enfants de moins de 16 ans et au delà de 50 kms du domicile principal pour tout autre bénéficiaire.	40 €

C - Établissements spécialisés

14 Soins et transport cures thermales	100 %
15 Forfait annuel cure thermale	200 €

D - Appareillages et Prothèses

16 Prothèses auditives remboursées par la S.S.	100 %
17 Supplément Prothèses remboursées S.S. par oreille et par an ⁽⁵⁾	500 €
18 Autres prothèses, Grand Appareillage ⁽⁴⁾	175 %
19 Dépassement sur prothèse suite à une chirurgie réparatrice	180 €
20 Prothèse capillaire ou mammaire externe prescrites (forfait annuel)	180 €

E - Soins Dentaires

21 Soins dentaires	100 %
22 Actes Inlay-Onlay	150 %
23 Prothèses amovibles et orthodontie acceptées	320 %
24 Inlay core	160 %
25 Autres prothèses dentaires	280 %
26 Parodontie, implants, orthodontie, prophylaxie et occlusodontie (non remboursés par S.S.)	600 €
Plafond de remboursement annuel sur 23 à 26 au delà remboursement dans la limite du TM	900 €
Plafond fidélité après 2 ans d'ancienneté à la mutuelle	1350 €

F - Optique Médicale (voir tableau ci-contre)

27 Optique médicale remboursée par S.S. ⁽⁷⁾	100 %
28 Supplément par monture (mineur/majeur) ⁽⁷⁾	70 € / 100 €
29 Supplément par verre simple (mineur/majeur) ⁽⁷⁾	70 € / 100 €
30 Supplément par verre complexe (mineur/majeur) ⁽⁷⁾	140 € / 160 €
31 Supplément par verre très complexe (mineur/majeur) ⁽⁷⁾	180 € / 210 €
32 Supplément lentilles remboursées par la S.S./an	200 €
33 Forfait lentilles refusées par la S.S./an	160 €
34 Chirurgie réfractive (Non remboursée S.S.) forfait par œil ⁽⁸⁾	160 €

G - Prévention Contrat responsable

35 Tous actes de prévention de l'arrêté du 8 juin 2006	100 %
--	-------

H - Médecine douce et Prévention hors S.S.

36 Actes de soins non-conventionnels ⁽⁹⁾ dans la limite unitaire de	40 €
37 Sevrages Tabagiques ⁽¹⁰⁾	50 €
38 Participation sur licence sportive/an ⁽¹¹⁾	50 €
39 Amniocentèse	100 €
40 Densitométrie osseuse après 50 ans si refus S.S.	60 €
Plafond de remboursement annuel sur 36 à 40	170 €
Plafond fidélité après 2 ans d'ancienneté à la mutuelle	250 €

I - Allocations et Services divers

41 Secours de la Commission de Solidarité	oui
42 Assistance à domicile « MG Corse Assistance »	oui
43 Assistance juridique Santé « Préjudice Santé »	oui
44 Abonnement au trimestriel « Le Mutualiste »	oui
45 Priorité Santé Mutualiste ⁽¹²⁾	oui

Détail des Prestations Optique médicale - lignes 27 à 31

Lunettes adulte (majeur)

	BRSS*	CHROME	VERMEIL	OR	PLATINE
Monture	2,84 €	40 €	40 €	80 €	100 €
Verre simple (à l'unité)	2,29 € à 3,66 €	30 €	30 €	65 €	100 €
Verre complexe (à l'unité)	4,12 € à 10,37 €	80 €	80 €	100 €	160 €
Verre très complexe (à l'unité)	10,82 € à 24,54 €	100 €	100 €	130 €	210 €

Lunettes enfant (mineur)

	BRSS*	CHROME	VERMEIL	OR	PLATINE
Monture	30,49 €	40 €	40 €	60 €	70 €
Verre simple (à l'unité)	12,04 € à 14,94 €	30 €	30 €	55 €	70 €
Verre complexe (à l'unité)	26,68 € à 43,60 €	80 €	80 €	100 €	140 €
Verre très complexe (à l'unité)	43,30 € à 66,62 €	100 €	100 €	130 €	180 €

* Base de Remboursement de la Sécurité sociale.

MGCorse propose une gamme dédiée aux fonctionnaires territoriaux

Vous pouvez ainsi bénéficier de la participation de l'employeur public sur vos cotisations de mutuelle santé et de mutuelle prévoyance. Pour cela, il faut que votre administration employeuse ait choisi la labellisation et non le conventionnement. En cas de conventionnement, la participation ne s'applique que sur le contrat retenu par l'administration employeuse. En revanche, en cas de labellisation, la participation de l'administration employeuse s'applique sur tous les contrats labellisés, dont ceux de MGCorse. La collectivité attribue son aide sur présentation de l'attestation de labellisation qui sera délivrée par MGCorse.

OPTION COMPLÉMENTAIRE INDIVIDUELLE

• RENFORT CORAIL

En cas d'accident de la vie courante où que vous soyez, bénéficiez d'un capital santé de 800 €, d'une prise en charge des frais de recherches et de secours et d'une assistance rapatriement.

Corail Loisir garantie par MDS, 2-4 rue Louis David - 75782 Paris cedex 2, régie par le code de la mutualité - SIREN : 422 801 910.

DÉCOUVREZ ÉGALEMENT NOS SOLUTIONS EN PRÉVOYANCE

Agents de la fonction publique territoriale (conseils départementaux, conseils régionaux, communes, Intercommunalités...), en cas d'arrêt de travail, vous ne percevrez que 50% de votre salaire. Pour maintenir votre niveau de vie et protéger votre famille en cas de coup dur, choisissez nos garanties labellisées Mut Label Territoriaux* et Maintien du régime indemnitaire*.

*Ces régimes de prévoyance sont garantis par la MUTUELLE GÉNÉRALE DE PRÉVOYANCE Mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du Code de la Mutualité, inscrite au répertoire SIREN sous le n° 337 682 660. Siège social : 39, rue du Jourdit - 74960 CRAN-GEVRIER.

⁽¹⁾ Assurance Maladie Obligatoire.

⁽²⁾ Au 1^{er} janvier 2017 le CAS devient l'OPTAM (l'Option Pratique Tarifaire Maîtrisée) et OPTAM CO (l'Option Pratique tarifaire Maîtrisée pour les chirurgiens et obstétriciens). Les dépassements tarifaires pratiqués, par des médecins n'ayant pas adhéré à l'Option Pratique Tarifaire Maîtrisée (OPTAM) ou, hors parcours de soins coordonnés, subissent les plafonds et minorations prévus aux articles L.871-1, R871-1, R871-2 du Code de la Sécurité sociale en vigueur. Ainsi le remboursement des dépassements d'honoraires des médecins n'ayant pas signé l'OPTAM sera minoré d'un montant égal à 20% du tarif de responsabilité.

⁽³⁾ Actes de Chirurgie (ADC), d'Anesthésie (ADA), d'Obstétrique (ADO), d'Echographie (ACO) et Actes Techniques Médicaux (ATM).

⁽⁴⁾ Sauf établissements spécialisés définis à l'art.21 du RM et hors frais de télévison.

⁽⁵⁾ Hors entretien et réparation.

⁽⁶⁾ Prothèses oculaires et faciales, véhicules pour handicapés.

⁽⁷⁾ Le remboursement est limité pour les adultes à un équipement (2 verres + monture) pour une période de deux ans calculée à compter de la date d'achat de l'équipement ou de l'un de ses éléments, dans la limite du plafond prévu à la Garantie. En cas d'évolution de la correction visuelle constatée par la nouvelle prescription d'un ophtalmologue ou par la prescription initiale d'un ophtalmologue comportant les mentions portées par l'opticien en application de l'article R165-1 du code de la Sécurité sociale, et pour les mineurs, le remboursement est ramené à un équipement par an dans la limite du plafond annuel prévu à la garantie.

⁽⁸⁾ Chirurgie au laser ou lentilles intra-oculaires.

⁽⁹⁾ La Mutuelle peut rembourser les actes d'ostéopathe, chiropracteur, diététicien, pédicure, podologue, acupuncteur, shiatsu, homéopathe, naturopathe, psychologue, relaxologue, kinésologue, réflexologue, hypno thérapeute, sophrologue et iridologue sur présentation d'une facture originale du praticien mentionnant selon l'acte concerné, la possession du diplôme d'Etat dans la spécialité afférente à l'acte pratiqué, l'affiliation à une association professionnelle reconnue, le numéro ADELI (ARS), les coordonnées de la police d'assurance RC professionnelle, dans la limite du plafond annuel par Bénéficiaire prévu à la garantie applicable. Ces prestations ne sont délivrées que pour les actes non remboursés par la Sécurité sociale. Sont exclus les dépassements d'honoraires, effectués par des médecins ou auxiliaires médicaux ainsi que les actes en complément d'un acte remboursé par le régime obligatoire.

⁽¹⁰⁾ Substituts nicotiniques (patches, gommes à mâcher...) ou produits pharmaceutiques remboursables par la Sécurité sociale.

⁽¹¹⁾ Uniquement pour les licences délivrées par une fédération sportive agréée par le gouvernement.

⁽¹²⁾ Service d'aide, de soutien et d'orientation des mutualistes.