Membre bénéficiaire

Conjoint, concubin, pacsé

Garantie choisie : ❑ **MaMut 1** ❑ **MaMut 2** ❑ **MaMut 3**

❑ Monsieur ❑ Madame ❑ Mademoiselle

Nom : . . . . . .

Prénom : . . . . . .

Nom de jeune fille : . . . . . .

Numéro de Sécurité Sociale :

. . . . . .

Date de naissance : . . . . . .

Département : . . . . . .

Employeur : . . . . . .

Enfants

Garantie choisie* : ❑ **MaMut 1** ❑ **MaMut 2** ❑ **MaMut 3**

Nom et Prénom	Sexe	Date de naissance

*** Tous les enfants doivent être sous la même garantie - Gratuité à partir du 3ème enfant**

Je souhaite adhérer à la MDF à compter du : . . . . . .

Règlement des cotisations

❑ **Mensuel** ❑ **Trimestriel** ❑ **Semestriel** ❑ **Annuel**

Date et Signature

Bulletin à retourner à :
La Maison du Fonctionnaire
32 avenue Georges Clémenceau • 34000 MONTPELLIER
accompagné de **la photocopie de l'attestation de la carte Vitale concernant l'ensemble des bénéficiaires.**

réf :MDF2019

la **Maison** du **Fonctionnaire**

UNE RÉPONSE PERSONNALISÉE À CHACUNE DE VOS QUESTIONS…

Plus d'infos sur MDF PRÉVOYANCE

Demandez notre brochure !

C'est la clarté
- des cotisations fixes
- un choix de garanties

C'est la simplicité
- la télétransmission
- le tiers-payant pharmaceutique

C'est la tranquillité
- La consultation du dossier sur Internet
- la prévoyance (perte de traitement)

La Maison du Fonctionnaire
32 avenue Georges Clémenceau • 34000 MONTPELLIER
Tél. : 09 53 02 46 26 • Fax : 09 58 02 46 26
Mail : contact@lamaisondufonctionnaire.fr
N° dépôt 93/000849 • Publication au JO du 6 novembre 2004 • N° SIRET : 424 606 564 00013
Garanties proposées par la Mutuelle des Pays de Vilaine enregistrée sous le N° SIREN : 380 155 929

www.lamaisondufonctionnaire.fr

Photos © Shutterstock - ciagraphic.fr - Document non contractuel

2019

la **Maison** du **Fonctionnaire**

Santé

Votre complémentaire **Santé**
Cotisations • Prestations

ADPM
Association Diversité et Proximité Mutualiste
FÉDÉRER AUTREMENT

www.lamaisondufonctionnaire.fr

la Maison du Fonctionnaire

Les cotisations fixées par l'Assemblée Générale annuelle de **la Maison du Fonctionnaire** varient seulement en fonction de la garantie choisie par l'adhérent, ou au profit de ses bénéficiaires (voir tableau ci-dessous).
Les prestations servies dépendent de la garantie choisie :
MaMut 1, MaMut 2, MaMut 3 (cf. tableau des prestations).

Paiement des cotisations

Les cotisations peuvent être réglées au mois, au trimestre, au semestre ou à l'année. Le paiement s'effectue soit par chèque, soit par prélèvement automatique sur le compte bancaire (seul le paiement mensuel s'effectue obligatoirement par prélèvement).
L'adhérent doit signaler tout changement de domiciliation bancaire.

Modification de la garantie

Le membre participant a la possibilité d'opter pour une garantie différente de celle souscrite lors de son adhésion. La modification intervient au 1er janvier de chaque année.

Cotisations mensuelles au 01/01/2019

MaMut 1		MaMut 2		MaMut 3	
cot enfant (-20 ans)	17.40 €	cot enfant (-20 ans)	24,97 €	cot enfant (-20 ans)	33.06 €
cot jeune (20-29 ans)	33.06 €	cot jeune (20-29 ans)	46.91 €	cot jeune (20-29 ans)	63,05 €
cot adulte (+ 29 ans)	43.58 €	cot adulte (+ 29 ans)	63.57 €	cot adulte (+ 29 ans)	84,62 €

NB : gratuité pour les enfants au delà du 2ème (les enfants étant tous sous la même garantie).
La cotisation jeune s'applique également aux éléves des écoles de la fonction publique.

(*) Forfait journalier, Chambre particulière et lit parent accompagnant enfant mineur : illimité en nombre de jours pour les hospitalisations médicales et chirurgicales en établissement public ou privé, limité à 60 jours par année civile pour la réadaptation fonctionnelle, la psychiatrique, la convalescence, la maison de repos et pour tout établissement de moyen séjour à caractère sanitaire pour adultes ou enfants.
(**) Le remboursement Sécurité sociale et MDF ne peut en aucun cas être supérieur à la dépense engagée. Les pourcentages indiqués s'appliquent au tarif de base de remboursement fixé par la Sécurité sociale. Ils équivalent au remboursement de l'assurance maladie obligatoire et au remboursement de la MPV/MDF, **hors retenues effectuées par les Caisses (participation forfaitaire, Non respect du parcours de soins…).**

PRESTATIONS 2019

	Sécurité Sociale	Séc.soc. + MaMut 1	Séc.soc. + MaMut 2	Séc.soc. + MaMut 3
HONORAIRES MEDICAUX ET CHIRURGICAUX				
Généralistes, spécialistes-signataires OPTAM et OPTAM CO	70 % BR	100 % BR	130 % BR	160 % BR
Généralistes, spécialistes-non signataires OPTAM et OPTAM CO	70 % BR	100 % BR	110 % BR	140 % BR
Auxiliaires médicaux	60 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
ACTES D'IMAGERIE Radiologie conventionnelle, scanner, IRM, radiologie vasculaire diagnostique, médecine nucléaire diagnostique, échographie, doppler				
• Médecins signataires OPTAM et OPTAM CO	70 % BR	100 % BR	130 % BR	160 % BR
• Médecins non signataires OPTAM et OPTAM CO	70 % BR	100 % BR	110 % BR	140 % BR
ACTES TECHNIQUES MEDICAUX Endoscopie, cardiologie interventionnelle, chimiothérapie, radiothérapie, médecine nucléaire				
• Médecins signataires OPTAM et OPTAM CO	70 % BR	100 % BR	130 % BR	160 % BR
• Médecins non signataires OPTAM et OPTAM CO	70 % BR	100 % BR	110 % BR	140 % BR
ANALYSES MEDICALES				
Analyses, actes de biologie, prélèvements	60 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
PHARMACIE (1)				
Vignettes blanches, bleues et orange	65/30/15 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
HOSPITALISATIONS (2)				
Honoraires et actes médicaux médecins signataires OPTAM et OPTAM CO	80 % BR	100 % BR	130 % BR	160 % BR
Honoraires et actes médicaux médecins non signataires OPTAM et OPTAM CO	80 % BR	100 % BR	110 % BR	140 % BR
Frais de séjour, salle d'opération	80 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Forfait journalier	/	100 % FR	100 % FR	100 % FR
Chambre particulière				
• Illimitée en chirurgie et en médecine	/	/	30 €	50 €
• Limitée à 60 jours/an en neuropsychiatrie	/	/	30 €	50 €
• Limitée à 5 jours/an en maternité	/	/	30 €	50 €
Frais d'accompagnement (2)	/	/	20 €	40 €
Maisons de repos, de convalescence et de rééducation (Limité à 60 jours)	80 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Transport	65 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Participation forfaitaire soins couteux	/	100 % FR	100 % FR	100 % FR
DENTAIRE				
Soins dentaires	70 % BR	100 % BR	130 % BR	160 % BR
Prothèses dentaires remboursées par la SS	70 % BR	125 % BR	210 % BR	280 % BR
Prothèses dentaires ou implants non remboursés par la SS	/	/	150 €/an	200 €/an
Orthodontie refusée par la SS	/	/	150 €/an	300 €/an
Orthodontie remboursée par la SS (TO≥45)	80 % BR	125 % BR	210% BR	280 % BR
Orthodontie remboursée par la SS (TO<45)	65 % BR	/	180% BR	250 % BR
OPTIQUE (4)				
Monture, Verres simples	60 % BR	100 % BR	125 €	190 €
Monture, Verres complexes et très complexes	60 % BR	100 % BR	200 €	265 €
Lentilles remboursées par la SS	60 % BR	100 % BR	125 €	187.50 €
Lentilles non remboursées par la SS (par an et par bénéficiaire)		100 % BR	125 €	187.50 €
APPAREILLAGE, AUTRES PROTHESES				
Prothèses auditives	60 % BR	100 % BR	130 % BR + 150 €	160 % BR +200 €
Gros appareillage, autres prothèses	100 % BR	100 % BR	130 % BR	160 % BR
Petit appareillage, orthopédie, orthèse	60 % BR	100 % BR	130 % BR	160 % BR
Prothèses mammaire	100 % BR	100 % BR	100 % BR + 100 €	100 % BR + 150 €
CURES THERMALES				
Soins médicaux et paramédicaux	65 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
BIEN ETRE ET PREVENTION				
Ostéopathie, chiropractie, acupuncture, diététicien, phytothérapeute (5)	/	/	28 €	28 €
Ostéodensitométrie	/	/	130 % BR	160 % BR
Chirurgie de l'oeil (forfait pour les deux yeux concernant la correction de la myopie, hypermétropie, astigmatisme, presbytie)	/	/	100 €/an	150 €/an
Détartrage une fois par an	70 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Vaccins non remboursés par la SS	/	/	/	/
Vaccinations : diphtérie, tétanos, poliomyélite, haemophilus influenzae (méningite)	65 % BR	100 % FR	100 % FR	100 % FR
ASSISTANCE SANTÉ				
Mutuelle assistance et protection juridique (6)	/	0810 710 020	0810 710 020	0810 710 020

OPTAM : Option pratique tarifaire maitrisée
OPTAM CO : Option pratique tarifaire maitrisée chirurgie et obstétrique
BR : Base de remboursement de la Sécurité Sociale - FR : Frais Réels
SS : Sécurité Sociale

(1) Cette prise en charge s'applique aux montants facturés pour les médicaments ainsi qu'aux honoraires de dispensation y afférents facturés par les pharmaciens. (2) Hospitalisation médicale, chirurgicale, psychiatrie, maison de repos/réadaptation/convalescence suite à une hospitalisation. (3) Prise en charge des frais d'accompagnant en cas d'hospitalisation d'un enfant inscrit au contrat. (4) Equipement optique (monture + 2 verres) adulte : une fois tous les deux ans (sauf modification de la vue constatée par ordonnance, une fois par an). Equipement optique (monture + 2 verres) enfant: une fois par an. La période de deux ans ou d'un an débute à la date d'acquisition de l'équipement. Le ticket modérateur est inclus dans le forfait. (5) Prise en charge sur présentation de facture d'un praticien diplômé mentionnant la fédération dont il relève. Forfait annuel (6) Service 0,06€ par minute + coût d'un appel local.

Bulletin d'adhésion

Membre participant

Garantie choisie :
❑ MaMut 1 ❑ MaMut 2 ❑ MaMut 3

❑ Monsieur ❑ Madame ❑ Mademoiselle

Nom : . . . . . .
Prénom : . . . . . .
Nom de jeune fille : . . . . . .
Téléphone : . . . . . .
Adresse : . . . . . .
. . . . . .
. . . . . .
Code postal : . . . . . .
Ville : . . . . . .
E-mail : . . . . . .
Numéro de Sécurité Sociale :
. . . . . .
Date de naissance : . . . . . .
Département : . . . . . .

Administration : . . . . . .
Elève d'une école de la Fonction Publique ❑ oui ❑ non
Si oui :
Date d'entrée : . . . . . .Fin de stage : . . . . . .
Adresse de l'école : . . . . . .
. . . . . .
Code postal : . . . . . .
Ville : . . . . . .