

# Assurance Complémentaire Santé

Document d'information sur le produit d'assurance

Compagnie : MGEN n° SIREN 775 685 399 - Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la mutualité

mgen<sup>★</sup>

Produit : Complémenter Santé

GRUPE vyv

**Ce document d'information présente un résumé des principales garanties et exclusions du produit. Il ne prend pas en compte vos besoins et demandes spécifiques. Vous trouverez l'information complète sur ce produit dans la documentation précontractuelle et contractuelle. En particulier, les niveaux de remboursement seront détaillés dans le tableau de garanties.**

## De quel type d'assurance s'agit-il ?

Complémenter Santé est destinée à rembourser tout ou partie des frais de santé restant à la charge de l'adhérent et des éventuels bénéficiaires en cas d'accident, de maladie ou de maternité, en complément de la Sécurité sociale française ou via une intervention de la Mutuelle seule. Le produit respecte les conditions légales des contrats responsables.



## Qu'est-ce qui est assuré ?

Les montants des prestations varient en fonction de l'offre choisie (3 niveaux), et figurent dans le tableau des prestations.

### LES GARANTIES SYSTEMATIQUEMENT PREVUES

- ✓ **Hospitalisation et maternité :**
  - Honoraires, frais de séjour, forfait journalier, transport :  
**Toutes offres ;**
  - Dépassements d'honoraires :  
**Offres Santé 2 et Santé 3 ;**
  - Chambre particulière, frais d'accompagnant  
**Offres Santé 2 et Santé 3 ;**
- ✓ **Soins courants et prescriptions médicales :**
  - Honoraires médecins, radiologie, analyses et examens de laboratoire, auxiliaires médicaux, pharmacie remboursée par la Sécurité sociale  
**Toutes offres ;**
  - Dépassements d'honoraires :  
**Offres Santé 2 et Santé 3 ;**
- ✓ **Frais optiques :**
  - Lunettes et lentilles remboursées par la Sécurité sociale :  
**Toutes offres ;**
  - Lentilles et chirurgie réfractive non remboursées par la Sécurité sociale :  
**Offres Santé 2 et Santé 3 ;**
- ✓ **Frais dentaires :**
  - Soins conservateurs, prothèses et orthodontie remboursées par la Sécurité sociale :  
**Toutes offres ;**
  - Orthodontie et prothèses dentaires non remboursées par la Sécurité sociale :  
**Toutes offres ;**
  - Implantologie :  
**Offres Santé 2 et Santé 3 ;**
- ✓ **Appareillage :**
  - Audioprothèse et prothèse  
**Toutes offres.**

### LES SERVICES SYSTEMATIQUEMENT PREVUS

- ✓ Accords tarifaires avec de nombreux opticiens et audioprothésistes, chirurgiens-dentistes et établissements hospitaliers ;

### L'ASSISTANCE PREVUE

- ✓ Aide-ménagère à domicile, garde d'enfant, soutien pédagogique et conseil social en cas d'hospitalisation ou immobilisation liées à un accident ou maladie ;
- ✓ Garde d'enfant, aides aux démarches et conseil social en cas de décès.

Les garanties précédées d'une coche ✓ sont systématiquement prévues au contrat.



## Qu'est-ce qui n'est pas assuré ?

- ✗ Les soins reçus en dehors de la période de validité du contrat ;
- ✗ Les frais de traitement et opérations de chirurgie esthétique non pris en charge par la Sécurité sociale ;
- ✗ Les frais de séjour facturés par les établissements d'hébergement médico-sociaux.



## Y-a-t-il des exclusions à la couverture ?

### PRINCIPALES EXCLUSIONS DU CONTRAT RESPONSABLE

- ! La participation forfaitaire de 1€ et les franchises sur les boîtes de médicaments, actes paramédicaux et transports ;
- ! La majoration du ticket modérateur et les dépassements d'honoraires si les dépenses de santé sont réalisées en dehors du parcours de soins ;
- ! Les dépassements d'honoraires au-delà de la limite fixée réglementairement pour les médecins n'adhérant pas à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée.

### PRINCIPALES RESTRICTIONS

- ! **Hospitalisation et maternité :** limitation au ticket modérateur de la prise en charge des frais d'hospitalisation après 12 mois d'hospitalisation en cas de séjours successifs ;
- ! **Chambre particulière et frais d'accompagnant :** prise en charge limitée à 12 mois d'hospitalisation en cas de séjours successifs ;
- ! **Optique :** prise en charge limitée à un équipement par période de 2 ans, réduite à 1 an pour un mineur ou en cas d'évolution de la vue.



## Où suis-je couvert ?

- ✓ En France métropolitaine, dans les départements et régions d'outre-mer (DROM), collectivités d'outre-mer (COM) et à l'étranger ;
- ✓ Dans le cas où les soins ont été dispensés à l'étranger, le remboursement se fait sur la base de remboursement du régime d'assurance maladie obligatoire français quelle que soit la dépense engagée ;
- ✓ A l'étranger, les consultations d'ostéopathe, d'acupuncture, de diététicien, de chiropraxie et de psychologue ne sont pas prises en charge.



## Quelles sont mes obligations ?

### A la souscription du contrat :

- Remplir avec exactitude le bulletin d'adhésion fourni par la Mutuelle ;
- Fournir tous les documents justificatifs demandés par la Mutuelle.

### En cours de contrat :

- Régler la cotisation (ou fraction de cotisation) et les compléments de cotisations des éventuels bénéficiaires prévus au contrat ;
- Fournir tous les documents justificatifs nécessaires au paiement des prestations prévues au contrat ;
- Faire parvenir les demandes de remboursements à la Mutuelle dans un délai maximum de 2 ans suivant la date de remboursement des soins par la Sécurité sociale ou de la facture le cas échéant.



## Quand et comment effectuer les paiements ?

Les cotisations et compléments de cotisation annuels sont payables, à la date indiquée sur l'échéancier de cotisations. Les paiements peuvent être effectués par prélèvement mensuel sur salaire, prélèvement mensuel sur compte bancaire ou par chèque semestriellement.



## Quand commence la couverture et quand prend-elle fin ?

La date d'effet du contrat est fixée au 1<sup>er</sup> jour du mois de la demande, ou du mois librement choisi dans un délai maximum de 7 mois, à compter de la demande. Elle est indiquée sur le courrier notifiant l'adhésion.

L'adhérent dispose d'un délai de rétractation de 30 jours, à compter de la date à laquelle il a été informé de la prise d'effet de son adhésion.

Le contrat est conclu pour une durée d'un an. Il se renouvelle annuellement, par tacite reconduction, à sa date d'échéance, fixée au 31 décembre, sauf résiliation par l'une des parties dans les cas et conditions fixées au contrat.



## Comment puis-je résilier le contrat ?

Vous pouvez mettre fin au contrat :

- À la date d'échéance annuelle du contrat, fixée au 31 décembre, en adressant à la Mutuelle une lettre recommandée avec avis de réception au moins deux mois avant cette date, soit avant le 31 octobre ;
- En cours d'année, en adressant à la Mutuelle une lettre recommandée avec avis de réception, pour une prise d'effet au 1<sup>er</sup> jour du 4<sup>ème</sup> mois suivant la réception de la demande, ou du 1<sup>er</sup> jour du mois suivant la réception de la demande en cas d'adhésion à un contrat groupe obligatoire, sous réserve dans ce dernier cas d'en faire la demande dans les 3 mois suivants la date d'adhésion au contrat groupe obligatoire.

Vous pouvez mettre fin à la couverture de vos éventuels bénéficiaires, en adressant à la Mutuelle une lettre recommandée avec avis de réception. Elle prend effet au 1<sup>er</sup> jour du 2<sup>ème</sup> mois suivant la réception de la demande.

**TABLEAU DES PRESTATIONS DE L'OFFRE COMPLEMENTER SANTE AU 1<sup>er</sup> JANVIER 2019**

Nature des frais	PRESTATIONS Sur la Base de Remboursement de la Sécurité sociale ou forfaits En cas d'exonération totale ou partielle du ticket modérateur, la participation est réduite à due proportion, sauf forfaits.		
	Complémenter Santé 1	Complémenter Santé 2	Complémenter Santé 3
<b>FRAIS MEDICAUX COURANTS</b>			
<b>1- Honoraires médicaux et de sages-femmes</b>			
<b>1.1. Consultations / visites</b>			
Médecins généralistes (y compris spécialistes en médecine générale), sages-femmes	30 %	30 %	30 %
Médecins spécialistes :			
• Dans le parcours de soins coordonnés			
- médecins ayant adhéré à une option de pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM ou OPTAM-CO)*,	30 %	65 %	80 %
- médecins n'ayant pas adhéré à une option de pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM ou OPTAM-CO)*,	30 %	45 %	60 %
• En dehors du parcours de soins coordonnés	30 %	30 %	30 %
<b>1.2 Actes techniques réalisés dans le parcours de soins coordonnés</b>			
Radiologie	30 %	30 %	30 %
Autres actes techniques			
- médecins ayant adhéré à une option de pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM ou OPTAM-CO)*,	30 %	30 %	80 %
- médecins n'ayant pas adhéré à une option de pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM ou OPTAM-CO)*,	30 %	30 %	60 %
<b>1.3 Actes techniques réalisés en dehors du parcours de soins coordonnés</b>			
	30 %	30 %	30 %
<b>1.4 Participation forfaitaire visée par l'article R 160-16 du code de la Sécurité sociale</b>			
	18 €	18 €	18 €
*Le remboursement par la Mutuelle des dépassements tarifaires sur les consultations et les actes des médecins, distingue ceux des médecins ayant adhéré aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée (option de Pratique Tarifaire Maîtrisée, option de Pratique Tarifaire Maîtrisée des Chirurgiens et gynécologues-Obstétriciens) prévus par la Convention nationale du 25 août 2016 applicable aux médecins libéraux de ceux des médecins non adhérents.			
<b>2 - Ostéopathie</b> (séances effectuées par un ostéopathe autorisé à faire usage professionnel du titre enregistré dans sa région)	Néant	15 € / séance dans la limite de 2 séances par année civile	20 € / séance dans la limite de 4 séances par année civile
<b>3 - Honoraires des auxiliaires médicaux</b> : infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, pédicures, orthophonistes, orthoptistes	40 %	40 %	40 %
<b>4 - Analyses - Actes de laboratoire</b>	40 %	40 %	40 %
<b>APPAREILLAGES, PROTHESES ET DISPOSITIFS MEDICAUX (sous réserve de remboursement par la Sécurité sociale)</b>			
PRESTATIONS Sur la Base de Remboursement de la Sécurité sociale (BRSS) ou forfaits	En cas d'exonération totale ou partielle du ticket modérateur, la participation est réduite à due proportion, sauf forfaits.		
	Complémenter Santé 1	Complémenter Santé 2	Complémenter Santé 3
<b>5 - Accessoires et Pansements, Petit appareillage et Orthopédie</b>	40 %	40 %	40 %
<b>6 - Autres prothèses</b>			
Remboursées par la Sécurité sociale à 60 %	40 %	90 %	90%
Remboursées par la Sécurité sociale à 100 %	Néant	50 %	50 %

**AUDIOPROTHESES** (sous réserve de remboursement par la Sécurité sociale)

PRESTATIONS Sur la Base de Remboursement de la Sécurité sociale (BRSS) ou forfaits	En cas d'exonération totale ou partielle du ticket modérateur, la participation est réduite à due proportion, sauf forfait		
<b>7 – Audioprothèse</b> (sur prescription médicale et sous réserve de remboursement par la Sécurité sociale) La demande de prise en charge est appréciée à la date de facturation par un audioprothésiste.  Achat - Pour les moins de 20 ans ou ceux de 20 ans et plus atteint de cécité  - Pour les 20 ans et plus non atteint de cécité  Entretien et réparation (par appareil)  <u><b>PRESTATION CONVENTIONNELLE</b></u> Quand le mutualiste a recours à un audioprothésiste conventionné avec la MGEN, il bénéficie de tarifs encadrés et de la dispense d'avance de frais sur l'achat des prothèses auditives, dans la limite de la prestation conventionnelle. La liste des audioprothésistes conventionnés peut être obtenue auprès des centres de service MGEN.	40 %	560 € par appareil	600€ par appareil
	250 € par appareil	457 € par appareil	600€ par appareil
	40%	40%	40%

**PHARMACIE**

PRESTATIONS Sur la Base de Remboursement de la Sécurité sociale (BRSS) ou forfaits	En cas d'exonération totale ou partielle du ticket modérateur, la participation est réduite à due proportion, sauf forfaits.		
	Complémenter Santé 1	Complémenter Santé 2	Complémenter Santé 3
<b>8. Pharmacie remboursée par la Sécurité Sociale</b>  - médicaments et honoraires de dispensation remboursés par la Sécurité sociale à 15 % - médicaments et honoraires de dispensation remboursés par la Sécurité sociale à 30 % - médicaments et honoraires de dispensation remboursés par la Sécurité sociale à 65 % - honoraire de dispensation pour exécution d'ordonnance remboursé par la Sécurité sociale à 70% (sous réserve d'intervention de la mutuelle sur les médicaments délivrés)	Néant	Néant	Néant
	70 %	70 %	70 %
	35 %	35 %	35 %
	30 %	30 %	30 %
<b>9. Forfait médicaments prescrits non remboursés par la Sécurité sociale</b> (la liste de ces médicaments peut être adressée sur demande expresse du mutualiste)	Néant	Néant	Dans la limite de 20 € par personne et par année civile

**FRAIS DE TRANSPORTS**

PRESTATIONS Sur la Base de Remboursement de la Sécurité sociale (BRSS) ou forfaits	En cas d'exonération totale ou partielle du ticket modérateur, la participation est réduite à due proportion, sauf forfaits.		
	Complémenter Santé 1	Complémenter Santé 2	Complémenter Santé 3
<b>10- Frais de transports</b>	35 %	35 %	35 %

**CURES THERMALES**

PRESTATIONS Sur la Base de Remboursement de la Sécurité sociale (BRSS) ou forfaits	En cas d'exonération totale ou partielle du ticket modérateur, la participation est réduite à due proportion, sauf forfaits.		
	Complémenter Santé 1	Complémenter Santé 2	Complémenter Santé 3
<b>11- Cures thermales</b> - frais de surveillance médicale - pratiques médicales complémentaires - frais de traitement en établissement thermal  - frais d'hébergement	30 %	30 %	30 %
	30 %	30 %	30 %
	35 % du forfait thermal	35 % du forfait thermal	35 % du forfait thermal
	Néant	Néant	Forfait de 52,50€ / cure

ACTES DE PREVENTION			
PRESTATIONS Sur la Base de Remboursement de la Sécurité sociale (BRSS) ou forfaits	En cas d'exonération totale ou partielle du ticket modérateur, la participation est réduite à due proportion, sauf forfaits.		
	Complémenter Santé 1	Complémenter Santé 2	Complémenter Santé 3
<b>12- Actes de prévention</b>			
<b>12-1- Forfait contraception</b>	Dans la limite de 20€ par personne et par année civile	Dans la limite de 40€ par personne et par année civile	Dans la limite de 60 € par personne et par année civile
<b>12-2- Forfait du voyageur</b>	Néant	Dans la limite de 20€ par personne et par année civile	Dans la limite de 30 € par personne et par année civile
<b>12-3- Forfait Prévention Equilibre :</b> - Sevrage tabagique (traitements nicotiques de substitution) - Psychothérapie (consultations réalisées par un psychologue clinicien ou un psychothérapeute autorisé à faire usage professionnel du titre enregistré dans sa région) - Diététique (consultations réalisées par un diététicien)	Néant	Dans la limite de 75€ par personne et par année civile	Dans la limite de 150€ par personne et par année civile
<b>12-4- Vaccins (DTPolio, coqueluche, hépatite B, BCG...) :</b> - Remboursés par la Sécurité sociale à 65%	35%	35%	35%
DENTAIRE			
PRESTATIONS Sur la Base de Remboursement de la Sécurité sociale (BRSS) ou forfaits	En cas d'exonération totale ou partielle du ticket modérateur, la participation est réduite à due proportion, sauf forfaits.		
	Complémenter Santé 1	Complémenter Santé 2	Complémenter Santé 3
<b>13 – Dentaire</b>			
<b>13-1- Consultations et soins conservateurs et chirurgicaux</b> Remboursables par la sécurité sociale et selon la nomenclature générale des actes professionnels ou la classification commune des actes médicaux.	30 %	30 %	30 %
<b>13-2 Inlay Onlay</b> remboursés par la Sécurité sociale	30 %	50 %	100 %
<b>13-3- Implantologie</b>			
<b>13-3-1- 1 implant</b> (dans la limite de 2 implants sur 2 années civiles)	Néant	250 €	518 €
<b>13-3-2- 1 couronne définitive sur implant</b> remboursée par la Sécurité sociale (dans la limite de 2 couronnes définitives sur implant sur 2 années civiles)	30 %	122 € puis 30 % au-delà de la limite	122 € puis 30 % au-delà de la limite
<b>13-4- Prothèses dentaires</b>			
<b><u>A. PRESTATION NON CONVENTIONNELLE</u></b> (Quand le mutualiste a recours à un professionnel de santé ne relevant pas d'un accord de contractualisation avec MGEN)			
<b>13-4-1- Remboursées par la Sécurité Sociale</b>			
• Bridge 3 éléments dento porté			
- Métal	200€	371,85€	461,97€
- Céramique	200€	410,35€	548,59€
• Couronne céramo-métallique ou céramo-céramique dento portée	75,25 €	161,25 €	220,37 €
• Couronne métallique dento portée	75,25 €	122,75 €	133,75 €
• Pilier de bridge supplémentaire :			
- métal	75,25€	122,75€	133,75€
- céramique	75,25€	161,25€	220,37€

• Intermédiaire de bridge supplémentaire	3,23€	15€	15€
• Inlay Core	36,77 €	128,69 €	164,22 €
• Inlay Core à clavette	43,22 €	151,17 €	249,17 €
• Appareils amovibles (dento portés ou sur implants) remboursés par la Sécurité sociale			
-Prothèse amovible définitive résine	58,05€ (9 dents) puis 3,23€ par dent supplémentaire jusqu'à 14 dents	87,85€ (9 dents) puis 15€ par dent supplémentaire jusqu'à 14 dents	107,85€ (9 dents) puis 15€ par dent supplémentaire jusqu'à 14 dents
-Prothèse amovible définitive métal	58,05€ (1 à 3 dents) puis 3,23€ par dent supplémentaire jusqu'à 14 dents	87,85€ (1 à 3 dents) puis 15€ par dent supplémentaire jusqu'à 14 dents	107,85€ (1 à 3 dents) puis 15€ par dent supplémentaire jusqu'à 14 dents
• Ajout dent contreplaquée ou massive sur appareil métal (par dent jusqu'à 14 dents)	30 %	30 %	30 %
• Ajout dent contreplaquée ou massive sur appareil résine (par dent jusqu'à 6 dents)	30 %	30 %	30 %
• Prothèse amovible transitoire	38,70€ (1 à 3 dents) puis 3,23€ par dent supplémentaire jusqu'à 14 dents	87,85€ (1 à 3 dents) puis 15€ par dent supplémentaire jusqu'à 14 dents	107,85€ (1 à 3 dents) puis 15€ par dent supplémentaire jusqu'à 14 dents
<b>13-4-2- Non remboursées par la Sécurité Sociale</b>			
• Bridge 3 éléments dento porté :			
- métal	Néant	333,35€	375,35€
- céramique	Néant	410,35€	548,59€
• Pilier de bridge supplémentaire :			
- métal	Néant	122,75€	133,75€
- céramique	Néant	161,25€	220,37€
• Intermédiaire de bridge supplémentaire	Néant	Néant	Néant
• Couronne définitive céramo-métallique ou céramo-céramique dento portée	Néant	161,25€	220,37€
• Couronne définitive métallique dento portée	Néant	122,75€	133,75€
• Couronne unitaire transitoire, pilier et intermédiaire de bridge transitoire limités aux incisives, canines et prémolaires	Néant	31€ / élément	40€ / élément
<b>13-4-3- Cas particulier</b>			
• Traitements d'articulations temporo-mandibulaires (ATM) – gouttières occlusales	Néant	115€	140€
<b>13.4.4 Réparations sur appareils amovibles (dento portés ou sur implants)</b>			
• Résine :			
- adjonction ou changement d'élément	30 %	30 %	30 %
- par dent supplémentaire jusqu'à 14 dents	30 %	30 %	30 %
- réparation appareil fêlé ou fracturé	30 %	30 %	30 %

• Métal :			
- adjonction ou changement d'élément	30 %	30 %	30 %
- par dent supplémentaire jusqu'à 14 dents	30 %	30 %	30 %
- réparation appareil sans démontage	30 %	30 %	30 %
- réparation appareil avec remontage 1 élément	30 %	30 %	30 %
- réparation appareil avec remontage jusqu'à 14 dents, par élément	30 %	30 %	30 %
• Rebasage	Néant	Néant	Néant
• Changement de facette (par élément) jusqu'à 8 facettes	30 %	30 %	30 %
<b><u>B. PRESTATION CONVENTIONNELLE</u></b>			
(Quand le mutualiste a recours à un professionnel de santé relevant d'un accord de contractualisation avec MGEN, il bénéficie de la dispense d'avance de frais sur le montant de cette prestation dans la limite de la prestation fixée conventionnellement Cette disposition s'applique aux prothèses dentaires fixes hors éléments de bridge transitoires)			
<b>13-4-5- Remboursées par la Sécurité Sociale</b>			
Définitives remboursées par la Sécurité sociale (sur incisives, canines et prémolaires exclusivement)			
• Couronne dento portée métallique (avec ou sans couronne transitoire)	397,95 €	397,95 €	397,95 €
• Couronne dento portée céramo-métallique ou céramo-céramique (avec couronne transitoire)	397,95 €	397,95 €	397,95 €
Définitives remboursées par la Sécurité sociale (sur molaire uniquement)			
• Couronne dento portée métallique (avec ou sans couronne transitoire)	195,15 €	195,15 €	195,15 €
• Couronne dento portée céramo-métallique (avec couronne transitoire)	195,15 €	195,15 €	195,15 €
Définitives remboursées par la Sécurité sociale			
• Inlay core	100 €	100 €	100 €
• Inlay core à clavette	116 €	116 €	116 €
• Bridge 3 éléments dento porté	1000 €	1000 €	1000 €
• Pilier et intermédiaire de bridge supplémentaire	110 €	110 €	110 €
<b>13-4-6- Non remboursées par la Sécurité sociale</b>			
Piliers définitifs et intermédiaires de bridge définitifs supplémentaires non remboursés par la Sécurité sociale	110 €	110 €	110 €
Couronnes transitoires isolées sur toutes dents non remboursées par la Sécurité sociale	50,70 €	50,70 €	50,70 €
Définitives non remboursées par la Sécurité sociale (sur incisives, canines et prémolaires exclusivement)			
• Couronne dento portée métallique (avec ou sans couronne transitoire)	473,20 €	473,20 €	473,20 €
• Couronne dento portée céramo-métallique ou céramo-céramique (avec couronne transitoire)	473,20 €	473,20 €	473,20 €
Définitives non remboursées par la Sécurité sociale (sur molaire uniquement)			
• Couronne dento portée métallique (avec ou sans couronne transitoire)	270,40 €	270,40 €	270,40 €
• Couronne dento portée céramo-métallique (avec couronne transitoire)	270,40 €	270,40 €	270,40 €
• Bridge 3 éléments dento porté	1000 €	1000 €	1000 €
• Pilier et intermédiaire de bridge supplémentaire	110 €	110 €	110 €
<b>13-5- Orthodontie</b>			
<b><u>A. PRESTATION NON CONVENTIONNELLE</u></b>			
(Quand le mutualiste a recours à un professionnel de santé ne relevant pas d'un accord de contractualisation avec MGEN)			

<b>13-5-1- Examens préalables</b>	30 %	30 %	30 %
<b>13-5-2- Traitement pris en charge par la Sécurité sociale</b>			
• Traitement actif (par semestre)	38,70€	96,75€	174,15€
• Traitement de contention	32,25€	80,62€	94,75€
<b>13-5-3- Traitement non pris en charge par la Sécurité sociale (après avis favorable de l'orthodontiste consultant de MGEN)</b>			
• Traitement actif dans la limite de 4 semestres maximum (finalisation de traitement commencé avant 16 ans : 7ème semestre uniquement)	38,70 €	96,75 €	174,15 €
• Traitement de contention	32,25€	80,62€	145,12€
<b><u>B. PRESTATION CONVENTIONNELLE</u></b>			
(Quand le mutualiste a recours à un professionnel de santé relevant d'un accord de contractualisation avec MGEN, il bénéficie de la dispense d'avance de frais sur le montant de cette prestation dans la limite de la prestation fixée conventionnellement Cette disposition ne s'applique pas aux examens préalables et 7ème semestre de finalisation de traitement.)			
<b>13-5-4- Traitement pris en charge par la Sécurité sociale</b>			
- Traitement actif (par semestre)	296,60 €	296,60 €	296,60 €
- Traitement de contention (1ère année)	109,15 €	109,15 €	109,15 €
<b>13-5-5- Traitement non pris en charge par la Sécurité sociale (après avis favorable de l'orthodontiste consultant de MGEN)</b>			
- Traitement actif (par semestre)	338,00 €	338,00 €	338,00 €
- Traitement de contention (1ère année)	219,70 €	219,70 €	219,70 €
<b>HOSPITALISATION</b>			
<b>PRESTATIONS</b>	<b>En cas d'exonération totale ou partielle du ticket modérateur, la participation est réduite à due proportion, sauf forfaits.</b>		
<b>Sur la Base de Remboursement de la Sécurité sociale (BRSS) ou forfaits</b>	<b>Complémenter Santé 1</b>	<b>Complémenter Santé 2</b>	<b>Complémenter Santé 3</b>
<b><u>A. PRESTATION NON CONVENTIONNELLE</u></b>			
(Quand le mutualiste a recours à un établissement non conventionné avec MGEN)			
<b>14 - Honoraires médicaux</b>			
<b>14-1- Ticket modérateur</b>	20 %	20 %	20 %
<b>14-2 Participation forfaitaire visée par l'article R. 322-8 du Code de la Sécurité sociale</b>	18 €	18 €	18 €
<b>14-3 Participation aux honoraires au-delà de la base de remboursement*</b>			
- médecins ayant adhéré à une option de pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM ou OPTAM-CO)**,	Néant	40 %	50 %
- médecins n'ayant pas adhéré à une option de pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM ou OPTAM-CO)**,	Néant	20 %	30 %
<b>15 - Hébergement et frais de séjour</b>	20 %	20 %	20 %
<b>16- Forfait journalier hospitalier</b>			
<b>16-1 Séjour dans un établissement psychiatrique</b>	Frais réels	Frais réels	Frais réels
<b>16-2 Séjour dans un autre établissement</b>	Frais réels	Frais réels	Frais réels
<b>17- Chambre particulière* (en cas d'hospitalisation avec hébergement et comprenant au moins une nuitée)</b>	Néant	Forfait de 25 € / nuitée	Forfait de 31 € / nuitée
<b>18- Frais d'accompagnant*</b>	Néant	15 € / nuit	25 € / nuit
Participation accordée pour la nuitée passée dans le même établissement que celui de l'hospitalisation ou dans l'une des structures d'accueil agréées par MGEN, pour l'accompagnant d'un mutualiste : - de moins de 16 ans,			

<p>- ou de plus de 70 ans, - ou en situation de handicap.</p> <p><b><u>B. PRESTATION CONVENTIONNELLE</u></b> (Quand le mutualiste a recours à un établissement conventionné avec MGEN dans le cadre du conventionnement mutualiste, il peut bénéficier de la dispense d'avance de frais sur le montant des prestations qui s'inscrivent dans le cadre de la convention)</p> <p><b>19- Chambre particulière en cas d'hospitalisation avec hébergement et comprenant au moins une nuitée*.</b> - Médecine, chirurgie, obstétrique - Maternité - Psychiatrie - Soins de suite et de réadaptation</p> <p><b>20- Chambre particulière en cas de séjour en ambulatoire en chirurgie avec anesthésie, sans nuitée*</b></p> <p><b>21 - Frais d'accompagnement*</b> Participation accordée pour la nuitée passée dans le même établissement que celui de l'hospitalisation ou dans l'une des maisons d'accueil adhérente à la Fédération des maisons d'accueil hospitalières (FMAH). - de moins de 16 ans, - ou de plus de 70 ans, - ou en situation handicap.</p>	<p>45 €/nuitée 50 €/nuitée 40 €/nuitée 35 €/nuitée</p> <p>15 €</p> <p>38,50 € / nuitée</p>	<p>45 €/nuitée 50 €/nuitée 40 €/nuitée 35 €/nuitée</p> <p>15 €</p> <p>38,50 € / nuitée</p>	<p>45 €/nuitée 50 €/nuitée 40 €/nuitée 35 €/nuitée</p> <p>15 €</p> <p>38,50 € / nuitée</p>
<p><b>*dans la limite de 12 mois ou 365 jours (en cas de séjours successifs). Les droits sont de nouveau ouverts après une période continue de 6 mois sans hospitalisation.</b></p> <p><b>**Le remboursement par la Mutuelle des dépassements tarifaires sur les consultations et les actes des médecins, distingue ceux des médecins ayant adhéré aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée (option de Pratique Tarifaire Maîtrisée, option de Pratique Tarifaire Maîtrisée des Chirurgiens et gynécologues-Obstétriciens) prévus par la Convention nationale du 25 août 2016 applicable aux médecins libéraux de ceux des médecins non adhérents.</b></p>			

OPTIQUE							
La demande de remboursement est appréciée à la date de facturation par un opticien.		<b>PRESTATIONS</b> Sur la base de remboursement de la Sécurité sociale (BRSS) ou forfaits. En cas d'exonération totale ou partielle du ticket modérateur, la participation de MGEN est réduite à due proportion, sauf forfaits.					
<b>22 - Optique (sur prescription médicale)</b>							
OPTIQUE Nature des frais (sur prescription médicale)		Complémenter Santé 1		Complémenter Santé 2		Complémenter Santé 3	
		Prestations hors OPTISTYA	Prestations Dans OPTISTYA *	Prestations hors OPTISTYA	Prestations Dans OPTISTYA *	Prestations hors OPTISTYA	Prestations Dans OPTISTYA *
Prestations avant 18 ans							
Type de verre <sup>(1)</sup>	Codification Sécurité sociale	Par verre		Par verre		Par verre	
<b>Verre unifocal de faible et moyenne correction</b> Sphère de - 6.00 à + 6.00, sans cylindre ou en présence d'un cylindre inférieur ou égal à +4.00	2261874 2200393	23 €	28 €	38 €	46 €	45 €	54 €
<b>Verre unifocal de forte correction</b> Sphère au-delà de 6.00 quel que soit le cylindre, ainsi que toute sphère en présence d'un cylindre supérieur à +4.00	2283953 2243304 2243540 2273854 2238941 2245036	85 €	100 €	95 €	115 €	105 €	125 €
<b>Verre progressif ou multifocal de faible et moyenne correction</b> sphère de - 4.00 à + 4.00 en l'absence de cylindre ainsi que toute sphère de - 8.00 à + 8.00 en présence d'un cylindre	2259245 2240671	90 €	105 €	100 €	120 €	110 €	130 €
<b>Verre progressif ou multifocal de forte correction</b> Sphère au-delà de +4.00 en l'absence de cylindre ainsi que toute sphère au-delà de +8.00 en présence d'un cylindre	2238792 2234239	95 €	115 €	105 €	125 €	120 €	145 €
<b>Monture l'unité <sup>(1)</sup></b>	2210546	30€		35€		45€	
Prestations à partir de 18 ans							
Type de verre <sup>(1)</sup>	Codification Sécurité sociale	Par verre		Par verre		Par verre	
<b>Verre unifocal de faible et moyenne correction</b> Sphère de - 6.00 à + 6.00, sans cylindre ou en présence d'un cylindre inférieur ou égal à +4.00	2203240 2259966	23 €	28 €	45 €	54 €	53 €	64 €
<b>Verre unifocal de forte correction</b> Sphère au-delà de +6.00 quel que soit le cylindre, ainsi que toute sphère en présence d'un cylindre supérieur à +4.00	2284527 2280660 2282793 2235776 2212976 2288519	85 €	100 €	95 €	115 €	110 €	130 €
<b>Verre progressif ou multifocal de faible et moyenne correction</b> Sphère de - 4.00 à + 4.00 en l'absence de cylindre ainsi que toute sphère de - 8.00 à + 8.00 en présence d'un cylindre	2290396 2227038	90 €	105 €	100 €	120 €	115 €	140 €

<b>Verre progressif ou multifocal de forte correction</b> Sphère au-delà de +4.00 en l'absence de cylindre ainsi que toute sphère au-delà de +8.00 en présence d'un cylindre	2245384 2202239	95 €	115 €	105 €	125 €	120 €	145 €
<b>Monture l'unité <sup>(1)</sup></b>	2223342	30 €		50 €		70 €	
<b>Lentilles de contact correctrices quel que soit l'âge</b>							
Prises en charge par la Sécurité sociale - Forfait - Prise en charge du ticket modérateur au-delà du forfait annuel ci-dessus		40 % 40 %		92€/œil/année civile 40 %		110€/œil/année civile 40 %	
- non prises en charge par la Sécurité sociale		Néant		54€/œil/année civile		65€/œil/année civile	

Les lunettes sont remboursées par la mutuelle exclusivement en complément de la Sécurité sociale.

<sup>(1)</sup> Pour les moins de 18 ans : remboursement limité à l'achat d'un équipement composé d'une monture et de deux verres par période d'un an à compter de la date d'effet de l'adhésion.

A partir de 18 ans : remboursement limité à l'achat d'un équipement composé d'une monture et de deux verres par période de deux ans à compter de la date d'effet de l'adhésion. Par dérogation, cette période est réduite à un an en cas de renouvellement de l'équipement justifié par une évolution de la vue.

La justification de l'évolution de la vue se fonde soit sur la présentation d'une nouvelle prescription médicale portant une correction différente de la précédente, soit sur la présentation de la prescription médicale initiale comportant les mentions d'adaptation portées par l'opticien.

Le remboursement total pour un équipement composé d'une monture et de deux verres, est garanti au minimum à hauteur des planchers fixés par le décret du 18 novembre 2014 relatif au contenu des contrats d'assurance maladie complémentaire bénéficiant d'aides fiscales et sociales, dans la limite des frais réels engagés.

#### **Prestation conventionnelle dans les réseaux agréés**

Quand le mutualiste a recours à un opticien partenaire OPTISYTA ou e-OPTISTYA, il peut bénéficier de tarifs encadrés (sur les équipements agréés en vigueur) et de la dispense d'avance de frais sur la monture, les verres et les lentilles correctrices dans la limite de la prestation fixée conventionnellement.

Retrouvez tous les opticiens partenaires OPTISTYA ou e-OPTISTYA depuis votre Espace personnel sur [mgen.fr](http://mgen.fr) ou auprès des centres de service MGEN.

Afin de respecter la réglementation, l'adhérent accepte de transmettre la prescription médicale correspondant à sa demande de remboursement de lunettes.

Nature des frais	Prestations (Sur la Base de Remboursement de la Sécurité sociale ou forfaits)		
	Complémen'Ter Santé 1	Complémen'Ter Santé 2	Complémen'Ter Santé 3
<b>Chirurgie réfractive de l'œil</b> (non remboursée par la Sécurité sociale)	Néant	100€/œil/année civile	200€/œil/année civile
<b>Système à vision télescopique</b>	40 %	40 %	40 %

Allocation de solidarité maternité			
Nature des frais	Complémen'Ter Santé 1	Complémen'Ter Santé 2	Complémen'Ter Santé 3
<b>23- Allocation de solidarité maternité</b>	Néant	160 € par enfant mutualiste	200 € par enfant mutualiste