

# 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

Produit : Efficience Santé

mgen

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 pré contractuelle et contractuelle. En particulier, les niveaux de remboursement seront détaillés dans le tableau de garanties.**

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

Efficience 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 (5 niveaux), et figurent dans le tableau des prestations joint à cette fiche.

### LES GARANTIES SYSTEMATIQUEMENT PREVUES

- ✓ **Hospitalisation et maternité :**
  - Honoraires, frais de séjour, forfait journalier, transport : **Toutes offres** ;
  - Dépassements d'honoraires : **Offres Evolution, Extension et Optimale** ;
  - Chambre particulière, frais d'accompagnant : **Offres Découverte, Evolution, Extension et Optimale** ;
- ✓ **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 Evolution, Extension et Optimale** ;
- ✓ **Frais optiques :**
  - Lunettes et lentilles remboursées par la Sécurité sociale : **Toutes offres** ;
  - Lentilles et chirurgie réfractive non remboursées par la Sécurité sociale : **Offres Evolution, Extension et Optimale** ;
- ✓ **Frais dentaires :**
  - Soins conservateurs, prothèses et orthodontie remboursées par la Sécurité sociale : **Toutes offres** ;
  - Orthodontie et prothèses dentaires non remboursées par la Sécurité sociale : **Offres Découverte, Evolution, Extension et Optimale** ;
  - Implantologie : **Offres Evolution, Extension et Optimale** ;
- ✓ **Appareillage :**
  - Audioprothèses et prothèses : **Toutes offres**.

Ces garanties sont complétées d'allocations d'action sociale et solidaire.

### LES SERVICES SYSTEMATIQUEMENT PREVUS

- ✓ Accords tarifaires avec de nombreux opticiens et audioprothésistes, chirurgiens-dentistes et établissements hospitaliers : **Offres Découverte, Evolution, Extension et Optimale**.

### L'ASSISTANCE PREVUE

- ✓ Aide-ménagère à domicile, garde d'enfant et présence d'un proche au chevet de l'adhérent en cas d'hospitalisation, de maternité ou d'immobilisation temporaire au domicile ;
- ✓ Aide au déménagement en cas de mutation professionnelle ;
- ✓ Information juridique, sociales et vie pratique.

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 ;
- ✓ Pour les soins remboursés par intervention de la Mutuelle seule, la couverture est étendue à l'étranger (sauf consultations d'ostéopathe, de diététicien ou de psychothérapeute).



## 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 l'Assurance maladie obligatoire 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 compte bancaire ou en une seule fois par chèque.



## 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, du mois suivant la demande si l'adhérent est déjà couvert par une offre du groupe MGEN 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'assuré 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 EFFICIENCE SANTE AU 1<sup>er</sup> JANVIER 2019**

		<b>PRESTATIONS</b>				
		<b>Sur la base de remboursement de la Sécurité sociale (BRSS) ou forfaits</b> En cas d'exonération totale ou partielle du ticket modérateur, la participation MGEN est réduite à due proportion, sauf forfaits. En cas d'exonération totale ou partielle du ticket modérateur, la participation MGEN est réduite à due proportion, sauf forfaits.				
<b>FRAIS MEDICAUX COURANTS</b>						
Nature des frais	Formule Efficience Santé Essentielle	Formule Efficience Santé Découverte	Formule Efficience Santé Evolution	Formule Efficience Santé Extension	Formule Efficience Santé Optimale	
<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 dans ou hors parcours de soins coordonnés	30 %	30 %	30 %	30 %	30 %	
- Médecins spécialistes :						
<i>Dans le parcours de soins coordonnés :</i>						
- médecins ayant adhéré à une option de pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM ou OPTAM-CO)*	30 %	30 %	65 %	80 %	100 %	
- médecins n'ayant pas adhéré à une option de pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM ou OPTAM-CO)*	30 %	30 %	45 %	60 %	80 %	
<i>Hors parcours de soins coordonnés</i>	30 %	30 %	30 %	30 %	30 %	
<b>1.2 Actes techniques dont radiologie réalisés dans ou hors parcours de soins coordonnés</b>						
	30 %	30 %	30 %	30 %	30 %	
<b>1.3 Participation au-delà de la base de remboursement pour les actes techniques (hors radiologie) réalisés dans le parcours de soins coordonnés</b>						
- médecins ayant adhéré à une option de pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM ou OPTAM-CO)*	Néant	Néant	Néant	50 %	70 %	
- médecins n'ayant pas adhéré à une option de pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM ou OPTAM-CO)*	Néant	Néant	Néant	30 %	50 %	
*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>1.4 Participation forfaitaire visée par l'article R 160-16 du code de la Sécurité sociale</b>						
	18 €	18 €	18 €	18 €	18 €	
<b>2 - Ostéopathie</b> (séances effectuées par un ostéopathe autorisé à faire usage professionnel du titre enregistré dans sa région)	Néant	Néant	15€ / consultation (2 séances maximum par année civile)	20€ / consultation (4 séances maximum par année civile)	30€ / consultation (4 séances maximum par année civile)	
<b>3 - Honoraires des auxiliaires médicaux : dont infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, pédicures, orthophonistes, orthoptistes</b>						
	40 %	40 %	40 %	40 %	40 %	
<b>4 - Analyses - Actes de laboratoire</b>						
	40 %	40 %	40 %	40 %	40 %	
<b>APPAREILLAGES, PROTHESES ET DISPOSITIFS MEDICAUX (SOUS RESERVE DE REMBOURSEMENT PAR LA SECURITE SOCIALE)</b>						
<b>5 - Accessoires et Pansements, Petit appareillage et Orthopédie</b>						
	40 %	40 %	40 %	40 %	90 %	
<b>6 – Autres prothèses</b> (oculaires, capillaires, mammaires externes et produits complémentaires, fauteuils roulants)						
- remboursées par la Sécurité sociale à 60 %	40 %	40 %	90 %	90 %	140 %	
- remboursées par la Sécurité sociale à 100 %	Néant	Néant	50 %	50 %	100 %	

**7. Audioprothèse** (sur prescription médicale et sous réserve de remboursement par la Sécurité sociale)

**La demande de remboursement est appréciée à la date de facturation par un audioprothésiste**

Nature des frais	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 MGEN est réduite à due proportion, sauf forfaits.									
	Formule Efficience Santé Essentielle		Formule Efficience Santé Découverte		Formule Efficience Santé Evolution		Formule Efficience Santé Extension		Formule Efficience Santé Optimale	
	Prestations hors	Prestations dans	Prestations hors	Prestations dans	Prestations hors	Prestations dans	Prestations hors	Prestations dans	Prestations hors	Prestations dans
	AUDISTYA	AUDISTYA*	AUDISTYA	AUDISTYA*	AUDISTYA	AUDISTYA*	AUDISTYA	AUDISTYA*	AUDISTYA	AUDISTYA*
<b>ACHAT</b>										
Mutualiste de moins de 20 ans										
Mutualiste de 20 ans et plus atteint de cécité	40%		560 €	660 €	650 €	750 €	750 €	850 €	800 €	900 €
Par appareil										
Mutualiste de 20 ans et plus non atteint de cécité	40%		350 €	450 €	550 €	650 €	600 €	700 €	700 €	800 €
Par appareil dans la limite de 2 appareils par an	A partir du 3 <sup>e</sup> appareil : prise en charge du ticket modérateur									
<b>ENTRETIEN ET REPARATION</b>										
Forfait annuel (par appareil)	40%		50 € (puis prise en charge du ticket modérateur après épuisement du forfait)	50 € (puis prise en charge du ticket modérateur après épuisement du forfait)	50 € (puis prise en charge du ticket modérateur après épuisement du forfait)	50 € (puis prise en charge du ticket modérateur après épuisement du forfait)	50 € (puis prise en charge du ticket modérateur après épuisement du forfait)	50 € (puis prise en charge du ticket modérateur après épuisement du forfait)	50 € (puis prise en charge du ticket modérateur après épuisement du forfait)	50 € (puis prise en charge du ticket modérateur après épuisement du forfait)

\* Quand le mutualiste a recours à un audioprothésiste partenaire AUDISTYA, 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 mentionnée ci-dessus et fixée conventionnellement. Retrouvez tous les audioprothésistes partenaires AUDISTYA depuis votre Espace personnel sur MGEN ou auprès des centres de service MGEN.

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 MGEN est réduite à due proportion, sauf forfaits.					
	Formule Efficience Santé Essentielle	Formule Efficience Santé Découverte	Formule Efficience Santé Evolution	Formule Efficience Santé Extension	Formule Efficience Santé Optimale
<b>8 – Pharmacie remboursée par la Sécurité Sociale</b>					
- Médicaments et honoraires de dispensation remboursés par la Sécurité sociale à 15 %	Néant	Néant	Néant	Néant	85 %
- Médicaments et honoraires de dispensation remboursés par la Sécurité sociale à 30 %	70 %	70 %	70 %	70 %	70 %
- Médicaments et honoraires de dispensation remboursés par la Sécurité sociale à 65 %	35 %	35 %	35 %	35 %	35 %
- 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)	30 %	30 %	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	Néant	20€ / personne / année civile	40 € / personne / année civile
<b>10- Frais de transports</b>	35 %	35 %	35 %	35 %	35 %
<b>11 - Cures thermales</b>					
- Frais de surveillance médicale et pratiques médicales complémentaires	30 %	30 %	30 %	30 %	60 %
- Frais de traitement en établissement thermal	35 % du forfait thermal	35 % du forfait thermal	35 % du forfait thermal	35 % du forfait thermal	60 % du forfait thermal

- Frais d'hébergement remboursé par la sécurité sociale	35 %	35 %	35 %	52, 50 €	52, 50 €
- Frais d'hébergement non remboursé par la Sécurité sociale (par cure)	Néant	Néant	Néant	52, 50 €	52, 50 €
<b>12- Actes de prévention</b>					
<b>12-1- Forfait contraception</b>	Néant	20€ / personne / année civile	40€ / personne / année civile	60€ / personne / année civile	60€ / personne / année civile
<b>12-2- Forfait du voyageur</b>	Néant	Néant	20€ / personne / année civile	30€ / personne / année civile	50€ / personne / 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 autorisé à faire usage professionnel du titre enregistré dans sa région)	Néant	Néant	75 € / an	150 € / an	175 € / an
<b>12-4- Vaccins (DT Polio, coqueluche, hépatite B, BCG...) :</b> - Remboursées par la Sécurité sociale à 65%.	35 %	35 %	35 %	35 %	35 %
<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 %	30 %	30 %
<b>13-2 Inlay Onlay</b> remboursés par la Sécurité sociale	30 %	30 %	50 %	100 %	150 %
<b>13-3 Implantologie</b>					
<b>13-3-1-</b> 1 implant (dans la limite de 2 implants sur 2 années civiles)	Néant	Néant	250 €	518 €	600 €
<b>13-3-2-</b> 1 couronne définitive sur implant remboursée par la Sécurité sociale (dans la limite de 2 couronnes définitives sur implant sur 2 années civiles)	30 %	30 %	122 € puis 30 % au-delà du forfait	122 € puis 30 % au-delà du forfait	190 € puis 30 % au-delà du forfait
<b>13-4-Prothèses dentaires</b>					
<b>13-4-1 PRESTATION NON CONVENTIONNELLE</b> (quand le mutualiste a recours à un établissement ne relevant pas d'un accord de contractualisation avec MGEN)					
<b>13-4-1-1- Remboursées par la Sécurité sociale</b>					
<i>Couronne céramo métallique ou céramo céramique dento portée</i>	30 %	75,25 €	161,25 €	220,37 €	260 €
<i>Couronne métallique dento portée</i>	30 %	75,25 €	122,75€	133,75 €	160 €
<i>Inlay core</i>	30 %	30 %	128,69€	164,22€	164,22€
<i>Inlay core à clavette</i>	30 %	30 %	151,17€	249,17€	249,17€
<i>Bridge 3 éléments dento porté</i>					
- métal	30 %	200 €	371,85 €	461,97 €	500 €
- céramique	30%	200€	410, 35 €	548,59 €	580 €
<i>Piler de bridge supplémentaire</i>					
- métal	30 %	75,25€	122,75 €	133,75 €	133,75 €
- céramique	Néant	75,25€	161,25€	220,37 €	220,37 €
<i>Intermédiaire de bridge supplémentaire</i>	30 %	3,23€	15 €	15 €	15 €
<b>Appareils amovibles (dento portés ou sur implants) remboursés par la Sécurité sociale</b>					
<i>Prothèse amovible définitive résine</i>	30 %	58,05 € (9 dents) puis 3,23 € par dent supplémentai re jusqu'à 14 dents	87,85 € (9 dents) puis 15 € par dent supplémentai re jusqu'à 14 dents	107,85 € (9 dents) puis 15 € par dent supplémentai re jusqu'à 14 dents	130 € (9 dents) puis 15 € par dent supplémenta ire jusqu'à 14 dents
<i>Prothèse amovible définitive métal</i>	30 %	58,05 € (1 à 3 dents) puis 3,23 € par dent supplémentai re jusqu'à 14 dents	87,85 € (1 à 3 dents) puis 15 € par dent supplémentai re jusqu'à 14 dents	107,85 € (1 à 3 dents) puis 15 € par dent supplémentai re jusqu'à 14 dents	130 € (1 à 3 dents) puis 15 € par dent supplémenta ire jusqu'à 14 dents
<i>Ajout dent contreplaquée ou massive sur appareil métal (par dent jusqu'à 14 dents)</i>	30 %	30 %	30 %	30 %	30 %
<i>Ajout dent contreplaquée ou massive sur appareil résine (par dent jusqu'à 6 dents)</i>	30 %	30 %	30 %	30 %	30 %

<i>Prothèse amovible transitoire</i>	30 %	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	130 € (1 à 3 dents) puis 15 € par dent supplémentaire jusqu'à 14 dents	
<b>13-4-1.2- Non remboursées par la Sécurité sociale</b>						
Couronne définitive dento portée - métallique - céramo métallique ou céramo céramique	Néant	Néant	122,75 € 161,25€	133,75 € 220,37 €	133,75 € 220,37 €	
Bridge 3 éléments dento porté - métal - céramique	Néant	Néant	333,35 € 410,35 €	375,35 € 548,59 €	400 € 580 €	
Pilier de bridge supplémentaire - métal - céramique	Néant	Néant	122,75 € 161,25€	133,75 € 220,37 €	133,75 € 220,37 €	
Intermédiaire de bridge supplémentaire	Néant	Néant	Néant	Néant	15 €	
Couronne unitaire transitoire, pilier et intermédiaire de bridge transitoire (limité aux incisives, canines et prémolaires)	Néant	Néant	31 €/élément	40 €/élément	40€/élément	
<b>13-4-1.3- Cas particulier</b> Traitements d'articulations temporo-mandibulaires (ATM) Gouttières occlusales	Néant	Néant	115 €	140 €	160 €	
<b>13-4.2 PRESTATION CONVENTIONNELLE</b> Quand le mutualiste a recours à un professionnel de santé relevant d'un accord de contractualisation avec MGEN, il peut bénéficier de la dispense d'avance de frais sur le montant de cette prestation dans la limite de la prestation mentionnée ci-dessous et fixée conventionnellement. Cette disposition s'applique aux prothèses dentaires fixes hors éléments de bridge transitoires.						
<b>13-4-2.1- Remboursées par la Sécurité sociale</b>						
Couronnes définitives (sur incisives, canines et prémolaires exclusivement) • Couronne dento portée métallique (avec ou sans couronne transitoire) • Couronne dento portée céramo-métallique ou céramo-céramique (avec couronne transitoire)	La formule Efficience Santé Essentielle n'ouvre pas droit au conventionn ement dentaire	397,95 €	397,95 €	397,95 €	397,95 €	
		397,95 €	397,95 €	397,95 €	397,95 €	
Couronnes définitives (sur molaire uniquement) • Couronne dento portée métallique (avec ou sans couronne transitoire) • Couronne dento portée céramo-métallique (avec couronne transitoire)		195,15 €	195,15 €	195,15 €	195,15 €	
		195,15 €	195,15 €	195,15 €	195,15 €	
Autres couronnes définitives remboursées par la Sécurité sociale • Inlay core • Inlay core à clavette • Bridge 3 éléments dento porté • Pilier et intermédiaire de bridge supplémentaire		100 €	100 €	100 €	100 €	
		116 €	116 €	116 €	116 €	
		1000 €	1000 €	1000 €	1000 €	
		110 €	110 €	110 €	110 €	
<b>13-4-2.2- Non remboursées par la Sécurité sociale</b>						
Bridge 3 éléments dento porté			1000 €	1000 €	1000 €	1000 €
Piliers définitifs et intermédiaires de bridge définitifs supplémentaires			110 €	110 €	110 €	110 €
Couronnes transitoires isolées sur toutes dents			50,70 €	50,70 €	50,70 €	50,70 €
Couronnes définitives (sur incisives, canines et prémolaires exclusivement) • Couronne dento portée métallique (avec ou sans couronne transitoire) • Couronne dento portée céramo-métallique ou céramo-céramique (avec couronne transitoire)			473,20 €	473,20 €	473,20 €	473,20 €
			473,20 €	473,20 €	473,20 €	473,20 €
Couronnes définitives (sur molaire uniquement) • Couronne dento portée métallique (avec ou sans couronne transitoire) • Couronne dento portée céramo-métallique (avec couronne transitoire)		270,40 €	270,40 €	270,40 €	270,40 €	
		270,40 €	270,40 €	270,40 €	270,40 €	

<b>13-4-3 - Réparations sur appareil amovible (dento portés ou sur implants)</b>					
<i>Résine :</i>					
<i>Adjonction ou changement d'élément</i>	30 %	30 %	30 %	30 %	30 %
<i>Par dent supplémentaire jusqu'à 14 dents</i>	30 %	30 %	30 %	30 %	30 %
<i>Réparation appareil fêlé ou fracturé</i>	30 %	30 %	30 %	30 %	30 %
<i>Métal :</i>					
<i>Adjonction ou changement d'élément</i>	30 %	30 %	30 %	30 %	30 %
<i>Par dent supplémentaire jusqu'à 14 dents</i>	30 %	30 %	30 %	30 %	30 %
<i>Réparation appareil sans démontage</i>	30 %	30 %	30 %	30 %	30 %
<i>Réparation appareil avec remontage 1 élément</i>	30 %	30 %	30 %	30 %	30 %
<i>Réparation appareil avec remontage jusqu'à 14 dents, par élément</i>	30 %	30 %	30 %	30 %	30 %
<i>Rebasage</i>	Néant	Néant	Néant	Néant	Néant
<i>Changement de facette (par élément) jusqu'à 8 facettes</i>	30 %	30 %	30 %	30 %	30 %
<b>13-5- Orthodontie</b>					
<b>13-5-1 PRESTATION NON CONVENTIONNELLE</b> (quand le mutualiste a recours à un professionnel de santé ne relevant pas d'un accord de contractualisation avec MGEN)					
<b>13-5-1.1- Examens préalables</b>	30 %	30 %	30 %	30 %	30 %
<b>13-5-1.2- Traitement pris en charge par la Sécurité sociale</b>					
. Traitement actif (par semestre)	Néant	38,70 €	96,75 €	174,15 €	174,15 €
. Traitement de contention					
- 1 <sup>e</sup> année	Néant	32,25 €	80,62 €	94,75 €	94,75 €
- 2 <sup>e</sup> année	30 %	32,25 €	80,62 €	145,12 €	145,12 €
<b>13-5-1.3- Traitement non pris en charge par la Sécurité sociale</b> (après avis favorable de l'orthodontiste consultant de MGEN)					
. Traitement actif dans la limite de 4 semestres maximum (finalisation de traitement commencé avant 16 ans : 7 <sup>ème</sup> semestre uniquement)	Néant	38,70 €	96,75 €	174,15 €	174,15 €
. Traitement de contention	Néant	32,25 €	80,62 €	145,12 €	145,12 €
<b>13-5-2 PRESTATION CONVENTIONNELLE</b>					
Quand le mutualiste a recours à un professionnel de santé relevant d'un accord de contractualisation avec MGEN, il peut bénéficier 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 7 <sup>ème</sup> semestre de finalisation de traitement.					
<b>13-5-2.1 Traitement pris en charge par la Sécurité sociale</b>	La formule				
-Traitement actif (par semestre)	Efficienne	296,60 €	296,60 €	296,60 €	296,60 €
-Traitement de contention (1 <sup>ère</sup> année)	Santé	109,15 €	109,15 €	109,15 €	109,15 €
<b>13-5-2.2 Traitement non pris en charge par la Sécurité sociale</b> (après avis favorable de l'orthodontiste consultant de MGEN)	Essentielle				
- Traitement actif (par semestre)	n'ouvre pas	338,00 €	338,00 €	338,00 €	338,00 €
- Traitement de contention (1 <sup>ère</sup> année)	droit au	219,70 €	219,70 €	219,70 €	219,70 €
	conventionnement				
	dentaire				

<b>PRESTATIONS</b>					
<b>Sur la base de remboursement de la Sécurité sociale (BRSS) ou forfaits.</b>					
En cas d'exonération totale ou partielle du ticket modérateur, la participation MGEN est réduite à due proportion, sauf forfaits.					
Nature des frais	Formule Efficienne santé Essentielle	Formule Efficienne santé Découverte	Formule Efficienne santé Evolution	Formule Efficienne santé Extension	Formule Efficienne santé Optimale
<b>HOSPITALISATION</b>					
<b>14 - Honoraires médicaux hospitaliers</b>					
<b>14-1-Ticket modérateur</b>	20 %	20 %	20 %	20 %	20 %
<b>14-2- Participation forfaitaire visée par l'article R. 160-16 du Code de la Sécurité sociale</b>	18 €	18 €	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	Néant	40 %	50 %	80 %
- médecins n'ayant pas adhéré à une option de pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM ou OPTAM-CO)**	Néant	Néant	20 %	30 %	60 %

\*\*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>15 - Hébergement et frais de séjour</b>	20 %	20 %	20 %	20 %	20 %
<b>16- Forfait journalier hospitalier</b>					
<b>16-1 Séjour dans un établissement psychiatrique</b>	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
<b>16-2 Séjour dans un autre établissement</b>	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
<b>17 - Chambre particulière* en cas d'hospitalisation avec hébergement et comprenant au moins une nuitée.</b>		Quand le mutualiste a recours à un établissement conventionné avec MGEN dans le cadre du conventionnement mutualiste, il bénéficie de la dispense d'avance de frais sur le montant des prestations qui s'inscrivent dans le cadre de la convention.			
<b>17.1 Prestation non conventionnelle</b> quand le mutualiste a recours à un établissement non conventionné avec MGEN	Néant	Néant	25€/nuitée	31€/nuitée	45€/nuitée
<b>17.2 Prestation conventionnelle</b> quand le mutualiste a recours à un établissement conventionné avec MGEN pour cette prestation					
- Médecine, chirurgie, obstétrique	Néant	45 €/nuitée	45 €/nuitée	45 €/nuitée	45 €/nuitée
- Maternité	Néant	50 €/nuitée	50 €/nuitée	50 €/nuitée	50 €/nuitée
- Psychiatrie	Néant	40 €/nuitée	40 €/nuitée	40 €/nuitée	40 €/nuitée
- Soins de suite et de réadaptation	Néant	35 €/nuitée	35 €/nuitée	35 €/nuitée	35 €/nuitée
<b>18 - Chambre particulière en cas de séjour en ambulatoire en chirurgie avec anesthésie, sans nuitée*</b>					
<b>Prestation non conventionnelle</b>	Néant	Néant	Néant	Néant	Néant
<b>Prestation conventionnelle</b> quand le mutualiste a recours à un établissement conventionné avec MGEN pour cette prestation	Néant	15 €	15 €	15 €	15 €
<b>19- Frais d'accompagnant*</b> Participation accordée pour l'accompagnement d'un mutualiste : - de moins de 16 ans, - ou de plus de 70 ans, - ou en situation de handicap		Quand le mutualiste a recours à un établissement conventionné avec MGEN dans le cadre du conventionnement mutualiste, il bénéficie de la dispense d'avance de frais sur le montant des prestations qui s'inscrivent dans le cadre de la convention			
<b>19-1 Prestation non conventionnelle</b> quand le mutualiste n'a pas recours à un établissement conventionné avec MGEN 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	Néant	Néant	15 €/nuitée	25 €/nuitée	35 €/nuitée
<b>19-2 Prestation conventionnelle</b> quand le mutualiste a recours à un établissement conventionné avec MGEN pour cette prestation 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 FMAH	Néant	38,50 € / nuitée	38,50 € / nuitée	38,50 € / nuitée	38,50 € / nuitée
<i>*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</i>					



**20- Optique (sur prescription médicale)**

La demande de remboursement est appréciée à la date de facturation par un opticien.

		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 de MGEN est réduite à due proportion, sauf forfaits.									
PRESTATIONS AVANT 18 ANS											
Nature des frais		Formule Efficience Santé Essentielle		Formule Efficience Santé Découverte**		Formule Efficience Santé Evolution**		Formule Efficience Santé Extension**		Formule Efficience Santé Optimale**	
		Prestations hors OPTISTYA	Prestations dans OPTISTYA **	Prestations hors OPTISTYA	Prestations dans OPTISTYA **	Prestations hors OPTISTYA	Prestations dans OPTISTYA **	Prestations hors OPTISTYA	Prestations dans OPTISTYA **	Prestations hors OPTISTYA	Prestations dans OPTISTYA **
Type de verre	Codification Sécurité sociale	Par verre ***		Par verre ***		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	40 %		22,50 €	30 €	37,50€	50€	45€	60€	60€	75€
<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	40 %		85 €	100 €	95 €	115 €	105 €	125 €	120 €	145 €
<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	40 %		90 €	105 €	100 €	120 €	110 €	130 €	125 €	150 €
<b>Verre progressif ou multifocal de forte correction</b> Sphère au-delà de +4.00 en l'absence de cylindre	2238792 2234239	40 %		95 €	115 €	105 €	125 €	120 €	145 €	135 €	160 €

ainsi que toute sphère au-delà de +8.00 en présence d'un cylindre											
Monture l'unité ***	2210546	40 %	30 €	35 €	45 €	60 €					
<b>PRESTATIONS A PARTIR DE 18 ANS</b>											
<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	40 %	22,50 €	30 €	45 €	60 €	52,50 €	70 €	70 €	85 €	
<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	40 %	85 €	100 €	95 €	115 €	110 €	130 €	125 €	150 €	
<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	40 %	90 €	105 €	100 €	120 €	115 €	140 €	135 €	160 €	
<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	40 %	95 €	115 €	105 €	125 €	120 €	160 €	145 €	175 €	

Monture l'unité ***	2223342	40%	30 €	50 €	70 €	90€
<b>LENTILLES DE CONTACT CORRECTRICES QUEL QUE SOIT L'AGE</b>						
Prises en charge par la Sécurité sociale						
- forfait	40 %	40 %	92 € par œil et par année civile	110 € par œil et par année civile	140 € par œil et par année civile	
- prise en charge du ticket modérateur au-delà du forfait annuel ci-dessus	40 %	40 %	40 %	40 %	40 %	
Non prises en charge par la Sécurité sociale	Néant	Néant	54 € par œil et par année civile	65 € par œil et par année civile	100 € par œil et par année civile	
<b>SUPPLEMENTS DIVERS</b>						
Suppléments divers (dont prisme, filtre)	40 %	40 %	40 %	40 %	40 %	40 %

Nature des frais	Prestations				
	Sur la base de remboursement de la Sécurité sociale (BRSS) ou forfaits				
	Formule Efficience Santé Essentielle	Formule Efficience Santé Découverte	Formule Efficience Santé Evolution	Formule Efficience Santé Extension	Formule Efficience Santé Optimale
Chirurgie réfractive de l'œil (non remboursée par la Sécurité sociale)	Néant	Néant	100€/œil/année civile	200€/œil/année civile	250€/œil/année civile
Système à vision télescopique (sur prescription médicale – s'ajoute le cas échéant le forfait pour monture)	40 %	40 %	40 %	40 %	40 %

\*\* Quand le mutualiste a recours à un opticien partenaire OPTISTYA ou e-OPTISTYA, il bénéficie de tarifs encadrés (sur les équipements agréés en vigueur) et de la dispense d'avance de frais sur l'achat des montures, des verres, des suppléments divers et des lentilles correctrices dans la limite de la prestation mentionnée ci-dessus et fixée conventionnellement. Retrouvez tous les opticiens partenaires OPTISTYA ou e-OPTISTYA depuis votre Espace personnel sur MGEN ou auprès des centres de services MGEN.

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

\*\*\*Pour les mutualistes ayant adhéré à la formule Efficience Santé Découverte, Efficience Santé Evolution, Efficience Santé Extension ou Efficience Santé Optimale :

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.

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

ALLOCATION NOUVEL ENFANT					
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 de MGEN est réduite à due proportion, sauf forfaits.					
	Formule Efficience Santé Essentielle	Formule Efficience Santé Découverte	Formule Efficience Santé Evolution	Formule Efficience Santé Extension	Formule Efficience Santé Optimale
<b>21- Allocation nouvel enfant</b>	Néant	Néant	160 € par enfant	200 € par enfant	200 € par enfant