mgen

GROUPE VYV

VOS GARANTIES SANTÉ
MGEN SANTÉ I

Les montants des remboursements sont exprimés en % de la Base de Remboursement de la Sécurité sociale (BRSS) en vigueur au 1er janvier 2022 ou en forfait en euros. Le présent document n'a pas de valeur contractuelle, les garanties ci-après ne sont pas exhaustives. Pour plus de détails, voir les statuts et règlements mutualistes.

SANTÉ PRÉVOYANCE
MGEN ÉCOLOGIE ET TERRITOIRES

SOINS COURANTS	SÉCURITÉ SOCIALE(1)	SANTÉ I(1)	SÉCURITÉ SOCIALE + MGEN(1)
Honoraires médicaux			
Consultations/Visites de médecins généralistes			
Médecins ayant adhéré à une option de pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM)(2)	70%	80%	150%
Médecins n'ayant pas adhéré à une option de pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM)(2)	70%	60%	130%
Consultations / Visites de médecins spécialistes			
Médecins ayant adhéré à une option de pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM ou OPTAM-CO)(2)	70%	80%	150%
Médecins n'ayant pas adhéré à une option de pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM ou OPTAM-CO)(2)	70%	60%	130%
Honoraires des sages-femmes	70%	60%	130%
Actes Techniques			
Praticiens ayant adhéré à une option de pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM ou OPTAM-CO)(2)	70%	80%	150%
Praticiens n'ayant pas adhéré à une option de pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM ou OPTAM-CO)(2)	70%	60%	130%
Radiologie			
Praticiens ayant adhéré à une option de pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM ou OPTAM-CO)(2)	70%	80%	150%
Praticiens n'ayant pas adhéré à une option de pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM ou OPTAM-CO)(2)	70%	60%	130%
Prise en charge de l'intégralité de la participation forfaitaire « actes lourds » (visée par l'article R. 160-16 du Code de la Sécurité sociale)	-	Oui	Oui
Honoraires paramédicaux			
Auxiliaires médicaux (masseurs kinésithérapeutes, infirmiers, pédicures, podologues, orthophonistes, orthoptistes)	60%	40%	100%
Analyses et examens de laboratoires			
Actes d'anatomie et de cytologie biologique	70%	30%	100%
Analyses - Actes de laboratoire	60%	40%	100%
Médicaments			
Médicaments à service médical important et honoraires de dispensation remboursés par la Sécurité sociale à 65%	65%	35%	100%
Médicaments à service médical modéré et honoraires de dispensation remboursés par la Sécurité sociale à 30%	30%	70%	100%
Médicaments à service médical faible et honoraires de dispensation remboursés par la Sécurité sociale à 15%	15%	85%	100%
Autres médicaments prescrits non remboursés par la Sécurité sociale	-	35 €/année civile	35 €/année civile
Honoraires de pharmacie remboursés par la Sécurité sociale			
Honoraires remboursés par la Sécurité sociale	65% / 70%	35% / 30%	100%
Médecine douce			
Ostéopathie	-	25 €/séance (dans la limite de 3 séances/année civile)	25 €/séance (dans la limite de 3 séances/année civile)
Acupuncture	-		
Diététicien	-		
Etiopathie	-		
Chiropraxie	-		
Psychothérapie	-	25 €/séance (dans la limite de 10 séances/année civile)	25 €/séance (dans la limite de 10 séances/année civile)

NB : La mutuelle ne couvre les dépassements d'honoraires qu'en cas de respect du parcours de soins coordonnés.

(1) Taux de prise en charge de la Sécurité sociale donnés à titre indicatif. Le montant du remboursement de la mutuelle peut être modulé en fonction du niveau de remboursement de la Sécurité sociale.

(2) 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 des Gynécologues-Obstétriciens) prévus par la Convention nationale du 25 août 2016 applicable aux médecins libéraux de ceux des médecins non adhérents.

SOINS COURANTS	SÉCURITÉ SOCIALE[1]	SANTÉ I[1]	SÉCURITÉ SOCIALE + MGEN[1]
Prévention			
Vaccins remboursés par la Sécurité sociale	65%	35%	100%
Vaccins prescrits non remboursés par la Sécurité sociale	-	75 €/année civile	75 €/année civile
Contraception (féminine et masculine) non remboursée par la Sécurité sociale	-	75 €/année civile	75 €/année civile
Cures thermales			
Honoraires médicaux, frais de surveillance médicale	70%	30%	100%
Forfait thermal	65%	35%	100%
Frais d'hébergement remboursés par la Sécurité sociale	65%	35%	100%
Forfait complémentaire (par année civile)	-	75 €	75 €
Transports			
Frais de transport	65%	35%	100%
Matériel médical			
Petits et grands appareillages (hors prothèses auditives)	60%/100%	40%	100%

HOSPITALISATION	SÉCURITÉ SOCIALE[1]	SANTÉ I[1]	SÉCURITÉ SOCIALE + MGEN[1]
Honoraires médicaux et chirurgicaux			
Médecins ayant adhéré à une option de pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM ou OPTAM-CO)[2]	80%/100%	70%/50%	150%
Médecins n'ayant pas adhéré à une option de pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM ou OPTAM-CO)[2]	80%/100%	50%/30%	130%
Prise en charge de l'intégralité de la participation forfaitaire « actes lourds » (visée par l'article R. 160-16 du Code de la Sécurité sociale)	-	Oui	Oui
Forfait journalier hospitalier			
Forfait journalier	-	Frais réels	Frais réels
Hébergement et frais de séjour			
Frais de séjour	80%/100%	20%	100%
Chambre particulière			
Chambre particulière avec nuitée (par jour)[3]	-	35 €	35 €
Chambre particulière en ambulatoire (par jour)[3]	-	15 €	15 €
Frais d'accompagnant			
Forfait d'accompagnement pour les enfants de moins de 16 ans (par jour)	-	30 €	30 €

NB : La mutuelle ne couvre les dépassements d'honoraires qu'en cas de respect du parcours de soins coordonnés.

(1) Taux de prise en charge de la Sécurité sociale donnés à titre indicatif. Le montant du remboursement de la mutuelle peut être modulé en fonction du niveau de remboursement de la Sécurité sociale.

(2) 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 des Gynécologues-Obstétriciens) prévus par la Convention nationale du 25 août 2016 applicable aux médecins libéraux de ceux des médecins non adhérents. La mutuelle ne couvre les dépassements d'honoraires qu'en cas de respect du parcours de soins coordonnés.

(3) Pour la chambre particulière (séjours avec nuitée(s) et séjours ambulatoires), si le Membre Participant ou son Bénéficiaire a recours à un établissement conventionné avec la Fédération Nationale de la Mutualité Française (FNMF), il peut bénéficier de tarifs négociés ainsi que de la dispense d'avance de frais dans la limite des prestations définies ci-dessus.

DENTAIRE[5]	SÉCURITÉ SOCIALE[1]	SANTÉ I[1]	SÉCURITÉ SOCIALE + MGEN[1]
100 % SANTÉ			
PANIER « 100 % SANTÉ » **Soins et prothèses totalement remboursés[4]**			
Couronne définitive (sur dent visible ou non visible)	70 %	**Remboursement total de la dépense engagée.** Pour un traitement et un tarif définis par les pouvoirs publics.	
Inlay-core (avec ou sans clavette)			
Bridge dento-porté			
Couronne transitoire dento-portée			
Appareil amovible en résine			
Réparations sur appareil amovible en résine			
HORS PANIER « 100 % SANTÉ » Soins et prothèses[4]			
Soins			
Soins dentaires	70 %	30 %	100 %
Inlay/Onlay	70 %	80 %	150 %
Prothèses			
Remboursées par la Sécurité sociale			
Prothèses dentaires	70 %	130 %	200 %
Inlay-core	70 %	130 %	200 %
Orthodontie			
Traitements remboursés par la Sécurité sociale			
Traitement actif d'orthodontie et de contention	100 %/70 %	200 %/230 %	300 %
Traitements non remboursés par la Sécurité sociale			
Traitement actif d'orthodontie et de contention (par année civile)	-	150 €	150 €
Implantologie			
Implant racine remboursé ou non par la Sécurité sociale (par implant, maximum 2 implants par année civile)	70 %/-	500 € - Remboursement Sécurité sociale/500 €	500 €
Parodontologie			
Parodontologie remboursée par la Sécurité sociale (par année civile)	70 %	30 % + 100 €	100 % + 100 €
Parodontologie non remboursée par la Sécurité sociale (par année civile)	-		

AIDES AUDITIVES[6]	SÉCURITÉ SOCIALE[1]	SANTÉ I[1]	SÉCURITÉ SOCIALE + MGEN[1]
100 % SANTÉ			
PANIER « 100 % SANTÉ » **Équipements remboursés totalement[4]**			
Mutualiste de 20 ans et moins ou mutualiste atteint de cécité	60 %	**Remboursement total de la dépense engagée.** Pour des aides auditives et des tarifs définis par les pouvoirs publics	
Mutualiste de plus de 20 ans			
HORS PANIER « 100 % SANTÉ » Équipements			
Mutualiste de 20 ans et moins ou mutualiste atteint de cécité	60 %	40 % + 300 €	100 % + 300 €
Mutualiste de plus de 20 ans	60 %	40 % + 400 €	100 % + 400 €
Frais d'entretien et réparation			
Piles, écouteurs, microphones et embouts remboursés par la Sécurité sociale	60 %	40 % + 30 €/année civile	100 % + 30 €/année civile

(1) Taux de prise en charge de la Sécurité sociale donnés à titre indicatif. Le montant du remboursement de la mutuelle peut être modulé en fonction du niveau de remboursement de la Sécurité sociale.
(4) Tel que défini réglementairement.
(5) Quand le Membre Participant ou son Bénéficiaire a recours à un centre dentaire mutualiste, il bénéficie de la dispense d'avance de frais, dans la limite des prestations définies ci-dessus.
(6) Les aides auditives sont remboursées par la mutuelle exclusivement en complément du Régime obligatoire d'assurance maladie. Quand le Membre Participant ou son Bénéficiaire a recours à un audioprothésiste partenaire Kalixia Audio, il bénéficie de la dispense d'avance de frais sur l'achat des aides auditives dans la limite des prestations définies ci-dessus. Le remboursement est limité à l'achat d'une aide auditive par oreille tous les 4 ans à partir de la date de facturation quel que soit l'âge du bénéficiaire.

OPTIQUE			SÉCURITÉ SOCIALE[1]	SANTÉ I[1]	SÉCURITÉ SOCIALE + MGEN[1][7]
Lunettes					
100 % SANTÉ — **PANIER « 100 % SANTÉ »** **Équipements (monture et verres) remboursés totalement[4]**					
Unifocal (classe A)	Faible et moyenne correction (catégorie a)	< 16 ans	**Remboursement total de la dépense engagée.** Pour un équipement et des tarifs définis par les pouvoirs publics.		
		≥ 16 ans			
	Forte correction (catégorie c)	< 16 ans			
		≥ 16 ans			
Multifocal ou progressif (classe A)	Faible et moyenne correction (catégorie c)	< 16 ans			
		≥ 16 ans			
	Forte correction (catégorie f)	< 16 ans			
		≥ 16 ans			
Monture (classe A)		< 16 ans			
		≥ 16 ans			
HORS PANIER « 100 % SANTÉ » Équipements (monture et verres)[7]					
Unifocal (Classe B)	Faible et moyenne correction (catégorie a)	< 16 ans	60 %	74,97 €	75 €
		≥ 16 ans			
	Forte correction (catégorie c)	< 16 ans	60 %	104,97 €	105 €
		≥ 16 ans			
Multifocal ou progressif (Classe B)	Faible et moyenne correction (catégorie c)	< 16 ans	60 %	124,97 €	125 €
		≥ 16 ans			
	Forte correction (catégorie f)	< 16 ans	60 %	149,97 €	150 €
		≥ 16 ans			
Monture (Classe B)		< 16 ans	60 %	59,97 €	60 €
		≥ 16 ans			
Lentilles de contact correctrices					
Lentilles de contact prescrites et remboursées par la Sécurité sociale (par année civile)			60 %	40 % + 100 €	100 % + 100 €
Lentilles de contact prescrites et non remboursées par la Sécurité sociale (par année civile)			-	100 €	100 €
Autres prestations optiques					
Prestations d'adaptation et d'appairage et suppléments optiques remboursés par la Sécurité sociale			60 %	40 %	100 %
Chirurgie réfractive non remboursée par la Sécurité sociale (par œil et par année civile)			-	400 €	400 €

ALLOCATION NAISSANCE/ADOPTION	SÉCURITÉ SOCIALE[1]	SANTÉ I[1]	SÉCURITÉ SOCIALE + MGEN[1]
Allocation naissance/Adoption			
Allocation naissance/Adoption	-	5 % PMSS	5 % PMSS

(1) Taux de prise en charge de la Sécurité sociale donnés à titre indicatif. Le montant du remboursement de la mutuelle peut être modulé en fonction du niveau de remboursement de la Sécurité sociale.
(4) Tel que défini réglementairement.
(7) Quand le mutualiste a recours à un opticien partenaire Kalixia Optique ou Kalixia Contacto, 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 de contact correctrices dans la limite de la prestation mentionnée ci-dessus et fixée conventionnellement.
Les lunettes sont remboursées par la mutuelle exclusivement en complément de la Sécurité sociale.
Pour les mutualistes de moins de 16 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 de facturation du dernier élément de l'équipement optique.
Pour les mutualistes de 16 ans et plus : 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 de facturation du dernier élément de l'équipement optique. Par dérogation, cette période est réduite à un an en cas de renouvellement de l'équipement justifié par une évolution de la vue.

LES MOTS DE LA SANTÉ DÉCRYPTÉS

VOS REMBOURSEMENTS EN TOUTE CLARTÉ

Base de Remboursement de la Sécurité sociale (BRSS)
Tarif déterminé par la Sécurité sociale pour chaque acte ou équipement médical. Sur la base de ce tarif, la Sécurité sociale définit son niveau de remboursement en pourcentage.

Dépassements d'honoraires
Différence entre les honoraires demandés par le praticien et le tarif de la Sécurité sociale.

Franchises médicales
Montant déduit de vos remboursements par la Sécurité sociale sur chaque boîte de médicaments, actes d'auxiliaires médicaux et transport sanitaire. Non pris en charge par la mutuelle.

Option de Pratique Tarifaire Maîtrisée (OPTAM), Option de Pratique Tarifaire Maîtrisée des Chirurgiens et des Gynécologues-Obstétriciens (OPTAM-CO)
Permet d'être mieux remboursé des dépassements d'honoraires. Pour savoir si un médecin spécialiste y a adhéré, rendez-vous sur le site annuairesante.ameli.fr (rubrique Annuaire Santé).

Participation forfaitaire de 1 €
Montant déduit de vos remboursements par la Sécurité sociale et non pris en charge par la mutuelle pour chaque consultation par un médecin et sur les actes de biologie ou radiologie.

Participation forfaitaire de la Sécurité sociale
(visée par l'article R.160-16 du Code de la Sécurité sociale). La participation forfaitaire de 24 € est applicable pour les actes médicaux coûteux dont le tarif est supérieur ou égal à 120 € ou affectés d'un coefficient supérieur ou égal à 60.

Prestations MGEN
Elles sont calculées sur la Base de Remboursement de la Sécurité sociale ou forfaits. En cas d'exonération totale ou partielle du Ticket Modérateur, la participation MGEN est réduite à due proportion, sauf forfaits.

Ticket Modérateur (TM)
Différence laissée à votre charge entre la Base de Remboursement et le montant remboursé par la Sécurité sociale. Cette différence est prise en charge par MGEN (sauf actes hors du parcours de soins coordonnés).

Tiers payant (TP)
Prise en charge par la Sécurité sociale et la mutuelle de tout ou partie des dépenses de santé. La présentation de votre carte d'adhérent MGEN peut vous permettre de bénéficier de la dispense d'avance de frais.

MGEN, Mutuelle Générale de l'Éducation Nationale, immatriculée sous le numéro SIREN 775 685 399, MGEN Vie, immatriculée sous le numéro SIREN 441 922 002, mutuelles soumises aux dispositions du livre II du Code de la mutualité. Siège social : 3, square Max Hymans 75748 PARIS CEDEX 15.
RESSOURCES MUTUELLES ASSISTANCE, Union d'assistance soumise aux dispositions du Livre II du Code de la mutualité, immatriculée au répertoire Sirene sous le numéro SIREN 444 269 682 – Siège social : 46, rue du Moulin – CS 32427 44124 VERTOU CEDEX.
Document publicitaire n'ayant pas de valeur contractuelle. Le détail des garanties et conditions figure aux Statuts et Règlements mutualistes collectifs remis lors de l'adhésion.

www.antigel.agency - 02425 - Décembre 2021 - Réf : MET_TABLEAU_GARANTIES_SANTE1_1221