

Assurance Complémentaire Santé

Document d'information sur le produit d'assurance

Compagnie : MGEN n° SIREN 775 685 399, MGEN Vie n°441 922 002 et MGEN Filia n°440 363 588 - Mutuelles soumises aux dispositions du livre II du Code de la mutualité ; MGEN Action sanitaire et sociale n°441 921 913 et MGEN Centres de santé n°477 901 714 - Mutuelles soumises aux dispositions du livre III du Code de la mutualité

Produit : MGEN International Santé Prévoyance



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 ?

MGEN International Santé Prévoyance est destinée à rembourser tout ou partie des frais de santé restant à la charge de l'assuré et des éventuels bénéficiaires en cas d'accident, de maladie ou de maternité, en complément de la Sécurité sociale française ou de tout organisme primaire d'Assurance maladie (OPAM) intervenant en premier niveau pour les frais de santé ou via une intervention de la Mutuelle seule. Le produit respecte les conditions légales des contrats responsables.



Qu'est-ce qui est assuré ?

A l'étranger et dans les collectivités d'outre-mer (COM), les montants des prestations sont soumis à des plafonds de prises en charge qui peuvent varier en fonction de l'offre choisie (3 niveaux), à laquelle s'ajoute une couverture pour les soins en France métropolitaine et dans les départements et régions d'outre-mer (DROM), et qui figurent dans les tableaux des prestations joints à cette fiche.

Les sommes versées ne peuvent pas être plus élevées que les dépenses engagées. Une somme peut rester à votre charge après intervention de la Mutuelle.

LES GARANTIES SYSTEMATIQUEMENT PREVUES

- ✓ **Hospitalisation et maternité :**
 - Honoraires, frais de séjour, chambre particulière, forfait journalier, transport et frais d'accompagnant ;
 - Dépassements d'honoraires ;
- ✓ **Soins courants et prescriptions médicales :**
 - Honoraires médecins, radiologie, analyses et examens de laboratoire, auxiliaires médicaux, pharmacie ;
 - Dépassements d'honoraires ;
- ✓ **Frais optiques :**
 - Lunettes et lentilles ;
 - Chirurgie réfractive ;
- ✓ **Frais dentaires :**
 - Soins conservateurs, prothèses et orthodontie ;
 - Implantologie ;
- ✓ **Appareillage :**
 - Audioprothèse, prothèse et matériels médicaux.

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

LES SERVICES SYSTEMATIQUEMENT PREVUS

En France métropolitaine et dans les départements et régions d'outre-mer (DROM) :

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

L'ASSISTANCE PREVUE

- ✓ Transport sanitaire en cas de maladie ou d'accident corporel ;
- ✓ Accompagnement d'un proche bénéficiaire en cas de transport sanitaire ;
- ✓ Orientation médicale dans les Réseaux hospitaliers agréés à travers le monde ;
- ✓ Conseils médicaux (télémedecine...).

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, les frais de traitement ou opérations ou cures de rajeunissement ou d'amaigrissement, les cures thermales non motivées médicalement (dont la thalassothérapie) ;
- ✗ Les frais de séjour facturés par les établissements d'hébergement médico-sociaux français ou équivalent à l'étranger ou dans les collectivités d'outre-mer.



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

PRINCIPALES EXCLUSIONS DU CONTRAT RESPONSABLE

En France métropolitaine et dans les départements et régions d'outre-mer (DROM) :

- ! 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

En France métropolitaine et dans les départements et régions d'outre-mer (DROM) :

- ! **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 ;

Quel que soit le lieu d'achat :

- ! **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 ?

- ✓ A l'étranger, dans les collectivités d'outre-mer (COM), en France métropolitaine et dans les départements et régions d'outre-mer (DROM).
- ✓ Dans le cas où les soins ont été dispensés en France métropolitaine ou dans les départements et régions d'outre-mer (DROM), le remboursement se fait sur la base de remboursement du régime d'Assurance maladie obligatoire français, quelle que soit la dépense engagée.



Quelles sont mes obligations ?

A la souscription du contrat :

- Remplir avec exactitude le bulletin d'adhésion fourni par la Mutuelle,
- Fournir tous 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'organisme primaire d'Assurance maladie (OPAM) intervenant en premier niveau pour les frais de santé ou, le cas échéant, de la facture ;
- Informer la Mutuelle des événements listés dans les 15 jours suivants, et fournir les justificatifs le cas échéant :
 - Changement de situation personnelle : adresse, naissance, mariage, PACS, concubinage, divorce, décès ;
 - Changement de situation au regard de l'organisme primaire d'Assurance maladie (OPAM) intervenant en premier niveau pour les frais de santé ;
 - Changement de situation professionnelle : cessation ou reprise d'activité, suspension ou nouveau contrat de travail, modification des ressources si celles-ci sont prises en compte pour le calcul des prestations.

Ce changement peut dans certains cas entraîner la modification du contrat et de la cotisation.



Quand et comment effectuer les paiements ?

Les cotisations et compléments de cotisation annuels sont payables, à la date indiquée dans l'échéancier de cotisations. Les paiements peuvent être effectués par prélèvement mensuel sur compte bancaire, prélèvement mensuel sur pension 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^{er} 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 fixés 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^{er} jour du 4^{ème} mois suivant la réception de la demande, ou du 1^{er} 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^{er} jour du 2^{ème} mois suivant la réception de la demande.

TABLEAU DES PRESTATIONS DE L'OFFRE MGEN INTERNATIONAL SANTE PREVOYANCE AU 1^{er} JANVIER 2019
Tableau des prestations – Soins à l'étranger et dans les Collectivités d'Outre-Mer

Les prestations figurant dans le tableau ci-après sont exprimées en pourcentage des frais réels sous déduction de l'intervention de l'organisme primaire d'assurance maladie (OPAM) du membre participant. Les forfaits et plafonds prévus à la présente annexe incluent le cumul des remboursements perçus par l'adhérent effectués par l'organisme primaire d'assurance maladie d'une part et la mutuelle au titre du régime complémentaire (RC) d'autre part.

Garantie*	MGEN AMBRE			MGEN INDIGO			MGEN MAGENTA		
	Plafond annuel maximum 100 000 €			Plafond annuel maximum 150 000 €			Plafond annuel maximum 200 000 €		
	Taux de Remboursement (en % des Frais réels)	Forfait maximum par acte (OPAM + RC)	Plafond annuel (OPAM + RC)	Taux de Remboursement (en % des Frais réels)	Forfait maximum par acte (OPAM + RC)	Plafond annuel (OPAM + RC)	Taux de Remboursement (en % des Frais réels)	Forfait maximum par acte (OPAM + RC)	Plafond annuel (OPAM + RC)
HOSPITALISATION *									
HOSPITALISATION (Frais de séjour, honoraires médicaux et paramédicaux, produits de santé)	100 %			100 %			100 %		
MATERNITE (Frais d'accouchement, amniocentèse)	100 %		3 000 €	100 %		5 000 €	100 %		7 000 €
CHAMBRE PARTICULIERE (par jour ou nuitée)	100 %	25 €		100 %	35 €		100 %	70 €	
FRAIS ACCOMPAGNANT (par jour)	100 %	20 €		100 %	30 €		100 %	50 €	
TRANSPORTS SANITAIRES *	100 %			100 %			100 %		
SOINS COURANTS									
MEDECINS GENERALISTES et SPECIALISTES (Consultations, visites)	90 %	45 €	750 €	90 %	70 €	1 200 €	90 %	120 €	1 900 €
PSYCHOTHERAPIE	90 %		300 €	90 %		500 €	90 %		700 €
PHARMACIE (médicaments)	100 %		2 000 €	100 %		3 000 €	100 %		4 000 €
AUXILIAIRES MEDICAUX	90 %		600 €	90 %		800 €	90 %		1 600 €
Actes techniques médicaux (hors dentaire)	90 %		300 €	90 %		400 €	90 %		500 €
ANALYSES, Biologie médicale	90 %		200 €	90 %		500 €	90 %		1 200 €
RADIOLOGIE	90 %		200 €	90 %		400 €	90 %		600 €
CURES THERMALES	100 %		1 000 €	100 %		2 000 €	100 %		5 000 €
Forfait « Prévention »	100 %		100 €	100 %		100 €	100 %		100 €
Forfait « Se soigner autrement »	100 %	20 €	80 €	100 %	30 €	120 €	100 %	40 €	160 €
Prothèses et Matériels Médicaux dont Audioprothèses	90 %		500 €	90 %		750 €	90 %		1 000 €
OPTIQUE médicale **									
MONTURE	90 %		60 €	90 %		60 €	90 %		60 €
VERRES	90 %		220 €	90 %		220 €	90 %		220 €
LENTILLES	90 %		150 €	90 %		150 €	90 %		150 €
Chirurgie réfractive de l'œil	90 %	365 €	730 €	90 %	365 €	730 €	90 %	365 €	730 €
DENTAIRE									
SOINS DENTAIRES	90 %		150 €	90 %		250 €	90 %		500 €
PROTHESES ET IMPLANTS	90 %	400 €	1 350 €	90 %	450 €	1 500 €	90 %	500 €	1 650 €
ORTHODONTIE	90 %		500 €	90 %		750 €	90 %		1 000 €

* Pour les soins programmés, notamment en cas d'hospitalisation et de transport sanitaire hospitalier, la mutuelle intervient au titre de la complémentaire santé conformément aux conditions de prise en charge prévues à l'article 6.

** 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. L'adhérent accepte de transmettre la prescription médicale correspondant à sa demande de remboursement de lunettes.

Les adhérents résidant dans une COM bénéficient des prestations conventionnelles prévues dans le cadre des éventuels accords mis en place au sein de ladite COM.

Tableau des prestations – Soins en France (Métropole et DROM)

Nature des frais	Prestations Sur la base de remboursement de la Sécurité sociale française ou forfaits En cas d'exonération totale ou partielle du ticket modérateur, la participation de MGEN est réduite à due proportion, sauf forfaits.
ACTES MEDICAUX COURANTS	
1. Consultations / Visites médecins généralistes, médecins spécialistes en médecine générale et sages-femmes (dans / hors du parcours de soins coordonnés)	30 %
2. Consultations / Visites médecins spécialistes 2.1 dans le parcours de soins coordonnés ; - médecin ayant adhéré à une option de pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM ou OPTAM-CO)*; - médecin n'ayant pas adhéré à une option de pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM ou OPTAM-CO)* 2.2 hors parcours de soins coordonnés.	30 % 30 % 30 %
3. Actes techniques dont radiologie 3.1 dans le parcours de soins coordonnés ; - praticien ayant adhéré à une option de pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM ou OPTAM-CO)*; - praticien n'ayant pas adhéré à une option de pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM ou OPTAM-CO)* 3.2 hors parcours de soins coordonnés.	30 % 30 % 30 %
*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.	
4. Participation forfaitaire visée par l'article R. 160-16 du Code de la Sécurité sociale	18 €
5. Honoraires des auxiliaires médicaux (infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, pédicures, podologues, orthophonistes, orthoptistes)	40 %
6. Analyses - actes de laboratoire	40 %
7. Psychothérapie (dans la limite de 20 séances/ an)	15 € / séance
8. Séances de kinésithérapie dite « méthode de reconstruction posturale » (dans la limite de 20 séances/an)	16 € / séance
PHARMACIE	
9. Médicaments - Médicaments et honoraires de dispensation remboursés par la Sécurité sociale à 65 %	35%
- Médicaments et honoraires de dispensation remboursés par la Sécurité sociale à 30 %	70%
- Médicaments et honoraires de dispensation remboursés par la Sécurité sociale à 15 %	Néant
- Médicaments prescrits non remboursés par la Sécurité sociale.	
- 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%
10. Vaccinations remboursées par la Sécurité sociale	35%
11. Produits de viscosupplémentation dans le traitement de l'arthrose du genou (dans la limite de 2 participations /an)	77 € / genou
FORFAIT SE SOIGNER AUTREMENT	
12. Ostéopathie	
13. Actes médicaux d'acupuncture	
14. Homéopathie non remboursable	75€/an
15. Consultations diététicien	
16. Chiropraxie	
FORFAIT PREVENTION	
17. Contraception / Tests de grossesse	
18. Vaccins prescrits et non remboursés par la Sécurité sociale	75 €/an
19. Sevrage tabagique	

HOSPITALISATION

20. Honoraires médicaux hospitaliers	
- Ticket modérateur	20 %
- Participation forfaitaire visée par l'article R. 160-16 du Code de la Sécurité sociale	18 €
- Participation aux honoraires au-delà de la base de remboursement <ul style="list-style-type: none"> • médecin ayant adhéré à une option de pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM ou OPTAM-CO)* ; • médecin n'ayant pas adhéré à une option de pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM ou OPTAM-CO)* 	50 % 30 %
*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.	
21. Hébergement et frais de séjour	
- Forfait journalier hospitalier	100% FRAIS REELS
- Forfait journalier psychiatrie	100% FRAIS REELS
22. Chambre particulière en cas d'hospitalisation avec hébergement et comprenant au moins une nuitée	
22.1 Prestation non conventionnelle quand le mutualiste a recours à un établissement non conventionné avec MGEN pour cette prestation.	
- Médecine, chirurgie, obstétrique, maternité	33 €/nuitée
- Psychiatrie	30 €/nuitée
- Soins de suite et de réadaptation	18,50 €/nuitée
22.2 Prestation conventionnelle quand le mutualiste a recours à un établissement conventionné avec MGEN pour cette prestation.	
- Médecine, chirurgie, obstétrique	45 €/nuitée
- Maternité	50 €/nuitée
- Psychiatrie	40 €/nuitée
- Soins de suite et de réadaptation	35 €/nuitée
23. Chambre particulière en cas de séjour en ambulatoire en chirurgie avec anesthésie, sans nuitée	
Prestation conventionnelle quand le mutualiste a recours à un établissement conventionné avec MGEN pour cette prestation.	15€
24. Frais d'accompagnant	
Participation accordée pour l'accompagnement d'un mutualiste :	
- de moins de 16 ans	
- ou de plus de 70 ans	
- ou en situation de handicap	
24.1 Prestation non conventionnelle quand le mutualiste a recours à un établissement non 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 structures d'accueil agréées par MGEN pour cette prestation.	25 €/nuitée
24.2 Prestation conventionnelle 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 Fédération des maisons d'accueil hospitalières (FMAH).	38,50 €/nuitée
Quand le mutualiste a recours à un établissement conventionné 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. L'application de la prestation conventionnelle est variable selon les dispositions de la convention négociée avec l'établissement qui peut couvrir, la chambre particulière (séjours avec nuitée(s) et séjours ambulatoires en chirurgie avec anesthésie) et les frais d'accompagnant.	

OPTIQUE

Nature des frais		PRESTATIONS	
		Sur la base de remboursement de la Sécurité sociale française (BRSS) ou forfaits. En cas d'exonération totale ou partielle du ticket modérateur, la participation de MGEN est réduite à due proportion, sauf forfaits.	
25. Optique (sur prescription médicale) La demande de remboursement est appréciée à la date de facturation par un opticien.			
Type de verre	Codification Sécurité sociale	Prestations hors OPTISTYA Par verre **	Prestations dans OPTISTYA* Par verre **
Prestations avant 18 ans			
Verre unifocal de faible et moyenne correction Sphère de - 6.00 à + 6.00, sans cylindre ou en présence d'un cylindre inférieur ou égal à +4.00	2261874 2200393	33,75 €	45 €
Verre unifocal de forte correction 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	90 €	120 €
Verre progressif ou multifocal de faible et moyenne correction 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 €	120 €
Verre progressif ou multifocal de forte correction 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	90 €	120 €
Monture l'unité **	2210546	35 €	
Prestations à partir de 18 ans			
Verre unifocal de faible et moyenne correction Sphère de - 6.00 à + 6.00, sans cylindre ou en présence d'un cylindre inférieur ou égal à +4.00	2203240 2259966	45 €	60 €
Verre unifocal de forte correction 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	105 €	140 €
Verre progressif ou multifocal de faible et moyenne correction 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	105 €	140 €
Verre progressif ou multifocal de forte correction 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	120 €	160 €
Monture l'unité **	2223342	60 €	
Lentilles de contact correctrices quel que soit l'âge			
- Prises en charge par la Sécurité sociale - Non prises en charge par la Sécurité sociale	110 €/an		
Pour les lentilles correctrices remboursées par la Sécurité sociale prise en charge du ticket modérateur au-delà du forfait annuel ci-dessus	40 %		
Suppléments divers			
Prisme incorporé moins de 18 ans	15 €		
Prisme incorporé plus de 18 ans	13 €		
Système antiptosis	31 €		
Filtre chromatique ou ultraviolet moins de 18 ans	17 €		
Filtre chromatique ou ultraviolet plus de 18 ans	23 €		
Verres iseïconiques	40 %		
Supplément pour sphères supérieures à 20 dioptries moins de 18 ans	18 €		
Supplément pour sphères supérieures à 20 dioptries plus de 18 ans	21 €		
Filtre d'occlusion partielle moins de 6 ans (l'unité)	4 €		

Prisme souple, moins de 6 ans (l'unité)	12 €
Supplément pour monture de lunettes à coque moins de 6 ans	18 €

* Quand le mutualiste a recours à un opticien 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 de contact correctrices dans la limite de la prestation mentionnée ci-dessus et fixée conventionnellement.

Retrouvez tous les opticiens OPTISTYA ou e-OPTISTYA depuis votre Espace personnel sur mgen.fr ou auprès des centres de service MGEN.

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

**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.

Nature des frais	
Chirurgie réfractive de l'œil	365 €/œil
Système à vision télescopique (sur prescription médicale – s'ajoute le cas échéant le forfait pour monture)	130 € / œil ou ticket modérateur si supérieur
Implants cornéens utilisés lors d'intervention de la cataracte (dans la limite de 2 interventions au cours de la vie du mutualiste)	365 € / implant

DENTAIRE	
26. Dentaire	
26.1. Consultations et soins conservateurs ou chirurgicaux (remboursables par la Sécurité sociale et selon la classification commune des actes médicaux)	30 %
26.2. Inlay onlay remboursés par la Sécurité sociale	80 %
26.3. Prothèses dentaires fixes	
26.3.1 Prestation non conventionnelle (quand le mutualiste a recours à un professionnel de santé ne relevant pas d'un accord de contractualisation avec MGEN)	
26.3.1.1 Définitives remboursées par la Sécurité sociale	
• Couronne dento portée	122 €
• Bridge 3 éléments dento porté	360 €
• Pilier de bridge supplémentaire	122 €
• Intermédiaire de bridge supplémentaire	107 €
26.3.1.2 Inlay core et Inlay core à clavette remboursés par la Sécurité sociale	80 %
26.3.1.3 Définitives non remboursées par la Sécurité sociale	
• Couronne dento portée	122 €
• Bridge 3 éléments dento porté	360 €
• Pilier de bridge supplémentaire	122 €
• Intermédiaire de bridge supplémentaire	107 €
26.3.1.4 Transitoires (sur incisives, canines et prémolaires exclusivement) non remboursées par la Sécurité sociale	
• Couronne	31 €
• Bridge 3 éléments	31 €/élément
• Pilier et intermédiaire de bridge supplémentaire	31 €/élément
26.3.2 Prestation conventionnelle (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 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.	
26.3.2.1 Définitives remboursées par la Sécurité sociale (sur incisives, canines et prémolaires exclusivement)	
• Couronne dento portée métallique (avec ou sans couronne transitoire)	397,95 €
• Couronne dento portée céramo-métallique ou céramo-céramique (avec couronne transitoire)	397,95 €

26.3.2.2 Définitives remboursées par la Sécurité sociale (sur molaire uniquement)	
<ul style="list-style-type: none"> Couronne dento portée métallique (avec ou sans couronne transitoire) Couronne dento portée céramo-métallique (avec couronne transitoire) 	195,15 € 195,15 €
26.3.2.3 Définitives remboursées par la Sécurité sociale	
<ul style="list-style-type: none"> Inlay core Inlay core à clavette Bridge 3 éléments dento porté Pilier et intermédiaire de bridge supplémentaire 	100 € 116 € 1000 € 110 €
26.3.2.4 Bridge non remboursé par la Sécurité sociale	
<ul style="list-style-type: none"> Bridge 3 éléments dento porté Piliers définitifs et intermédiaires de bridge définitifs supplémentaires 	1000 € 110 €
26.3.2.5 Couronnes transitoires isolées sur toutes dents non remboursées par la Sécurité sociale	50,70 €
26.3.2.6 Définitives non remboursées par la Sécurité sociale (sur incisives, canines et prémolaires exclusivement)	
<ul style="list-style-type: none"> Couronne dento portée métallique (avec ou sans couronne transitoire) Couronne dento portée céramo-métallique ou céramo-céramique (avec couronne transitoire) 	473,20 € 473,20 €
26.3.2.7 Définitives non remboursées par la Sécurité sociale (sur molaire uniquement)	
<ul style="list-style-type: none"> Couronne dento portée métallique (avec ou sans couronne transitoire) Couronne dento portée céramo-métallique (avec couronne transitoire) 	270,40 € 270,40 €
26.4. Appareils amovibles (dento portés ou sur implants) remboursés par la Sécurité sociale	
26.4.1 Définitifs	
<ul style="list-style-type: none"> Résine <ul style="list-style-type: none"> - Prothèse 9 dents - par dent supplémentaire jusqu'à 14 dents 	Néant Néant
OU	
<ul style="list-style-type: none"> - de 9 à 11 dents - par appareil complet (12 à 14 dents) 	300€ 400€
<ul style="list-style-type: none"> Métal <ul style="list-style-type: none"> - de 1 à 3 dents - par dent supplémentaire jusqu'à 14 dents 	Néant Néant
OU	
<ul style="list-style-type: none"> - de 1 à 7 dents - de 8 à 11 dents - par appareil complet (12 à 14 dents) 	206 € 400 € 500 €
<ul style="list-style-type: none"> Ajout dent contreplaquée ou massive sur appareil résine (par dent jusqu'à 6 dents) Ajout dent contreplaquée ou massive sur appareil métal (par dent jusqu'à 14 dents) 	26 € 26 €
26.4.2 Transitoires	92 € (1 à 7 dents) 183 € (8 à 14 dents)
26.5. Implantologie	
26.5.1 Implant	518 € (dans la limite de 2 implants sur 2 années civiles)
26.5.2 Couronne définitive sur implant, remboursée par la Sécurité sociale	122 € (max 2 couronnes sur 2 années civiles) puis 80% BRSS
26.5.3 Appareil complet transvissé sur implant	500 €
26.6. Réparations sur appareil amovible (dento portés ou sur implants)	
26.6.1 Résine :	
<ul style="list-style-type: none"> Adjonction ou changement d'élément Par dent supplémentaire jusqu'à 14 dents Réparation appareil fêlé ou fracturé 	23 € 80% 23 €
26.6.2 Métal :	
<ul style="list-style-type: none"> Adjonction ou changement d'élément Par dent supplémentaire jusqu'à 14 dents 	46 € 80%
- réparation appareil sans démontage	46 €
- réparation appareil avec remontage 1 élément	51,16 €
- réparation appareil avec remontage jusqu'à 14 dents, par élément	5,16 €
26.6.3 Rebasage	46 €

26.6.4 Changement de facette (par élément) jusqu'à 8 facettes	61 €
26.7 Cas particuliers	
26.7.1 Traitement d'articulations temporo-mandibulaires (ATM) - Gouttières occlusales, mainteneur d'espace, pose de guide chirurgical	122 €
26.7.2 Pose de facette	61 €
26.7.3 Couronnes pédiatriques	61 €
26.8. Orthodontie	
26.8.1. Prestation non conventionnelle (quand le mutualiste a recours à un professionnel de santé ne relevant pas d'un accord de contractualisation avec MGEN)	
26.8.1.1 Traitement pris en charge par la Sécurité sociale - Examens préalables (études céphalométriques et moulages) - Traitement actif (par semestre) - Traitement de contention (1 ^{ère} année) - Traitement de contention (2 ^{ème} année)	80% 200€ 80,63 € 86 €
26.8.1.2 Traitement non pris en charge par la Sécurité sociale (après avis favorable de l'orthodontiste consultant MGEN) - Examens préalables (études céphalométriques et moulages) - Traitement actif (par semestre) <ul style="list-style-type: none"> Finalisation de traitement commencé avant 16 ans : 7^e semestre uniquement Traitement actif commencé après 16 ans : 4 semestres Maximum - Traitement de contention (1 ^{ère} année) - Traitement de contention (2 ^{ème} année)	90% 200 € 145,13 € 96,75 €
26.8.2 Prestation conventionnelle (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 ^{ème} semestre de finalisation de traitement.	
26.8.2.1 Traitement pris en charge par la Sécurité sociale - Traitement actif (par semestre) - Traitement de contention (1 ^{ère} année)	350 € 109,15 €
26.8.2.2 Traitement non pris en charge par la Sécurité sociale (après avis favorable de l'orthodontiste consultant MGEN) - Traitement actif (par semestre) - Traitement de contention (1 ^{ère} année)	338 € 219,70 €
26.9 Parodontie	
Forfait de parodontie (limité à la parodontie médicale – non remboursée par la Sécurité sociale)	Néant
Attelle de contention	183 €
APPAREILLAGES ET DISPOSITIFS MEDICAUX	
27. Accessoires et pansements, petit appareillage et orthopédie	40 %
28. Semelles orthopédiques remboursées par la Sécurité sociale (au-delà du ticket modérateur)	130 %

29. 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.		PRESTATIONS Sur la base de remboursement de la Sécurité sociale française (BRSS) ou forfaits. En cas d'exonération totale ou partielle du ticket modérateur, la participation de MGEN est réduite à due proportion, sauf forfaits.
Nature des frais	Prestations hors AUDISTYA	Prestations dans AUDISTYA *
Achat		
Mutualiste de moins de 20 ans – Mutualiste de 20 ans et plus atteint de cécité Par appareil	650 €	750 €
Mutualiste de 20 ans et plus Par appareil dans la limite de 2 appareils par an	550 €	650 €
A partir du 3 ^e appareil : prise en charge du ticket modérateur		
Entretien et réparation		
Forfait annuel (par appareil)	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 ci-dessus fixée conventionnellement.

Retrouvez tous les audioprothésistes partenaires AUDISTYA depuis votre espace personnel sur mgen.fr ou auprès des centres de service MGEN.

PROTHESES	
30. Prothèse oculaires (sous réserve de remboursement par la Sécurité sociale et par référence à sa nomenclature)	
<ul style="list-style-type: none"> • Prothèse de première intention • Prothèse définitive • Prothèse de renouvellement avec moulage • Prothèse de renouvellement sans moulage • Prothèse oculaire en verre 	<p>145 €</p> <p>328 €</p> <p>412 €</p> <p>298 €</p> <p>130 €</p>
31. Prothèses mammaires externes	
31.1 Par prothèse (sous réserve de remboursement par la Sécurité sociale)	130 €
31.2 Forfait produits complémentaires	
<ul style="list-style-type: none"> • Support double-face seul (non remboursé par la Sécurité sociale) • Autres produits complémentaires (soutien-gorge prescrit et adapté aux prothèses non solidaires du corps, produits d'entretien pour les prothèses solidaires du corps et supports double-face, set mamelons auto-adhérents) 	130 €/an
32. Prothèses capillaires (sous réserve de remboursement par la Sécurité sociale)	
<ul style="list-style-type: none"> • Postiches et perruques 	185 %
CURES THERMALES	
33. Frais de surveillance médicale et pratiques médicales complémentaires	30 %
34. Frais de traitement en établissement thermal	35 % du forfait thermal
35. Frais d'hébergement (par cure)	75 €
TRANSPORTS	
36. Frais de transport (sous réserve de remboursement par la Sécurité sociale)	35 %
AMNIOCENTESE	
37. Amniocentèse	183 €

Assurance Complémentaire Prévoyance

mgen^{*}

Document d'information sur le produit d'assurance

Compagnie : MGEN n° SIREN 775 685 399, MGEN Vie n°441 922 002 et MGEN Filia n°440 363 588 - Mutuelles soumises aux dispositions du livre II du Code de la mutualité ; MGEN Action sanitaire et sociale n°441 921 913 et MGEN Centres de santé n°477 901 714 - Mutuelles soumises aux dispositions du livre III du Code de la mutualité

Produit : MGEN International Santé Prévoyance

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 ? MGEN International Santé Prévoyance est destinée à attribuer un complément de revenus en cas d'arrêt de travail ou d'invalidité pour les personnes couvertes au titre de l'exercice d'une activité professionnelle, des prestations en cas de dépendance ou de perte d'autonomie et un capital en cas de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA) ou de décès.



Qu'est-ce qui est assuré ?

Les prestations varient selon le statut de l'adhérent et figurent dans le tableau des prestations joint à cette fiche.

LES GARANTIES SYSTEMATIQUEMENT PREVUES

- ✓ **Allocations journalières** : versement d'un complément de revenus en cas d'arrêt de travail.
Membres Participants (MP) actifs ;
- ✓ **Allocations d'invalidité** : versement d'un complément de revenus en cas de mise en retraite pour invalidité ou obtention d'une pension d'invalidité catégorie 2 et 3 au sens du Code de la Sécurité sociale ou obtention d'une pension de vieillesse liquidée au titre de l'incapacité au travail.
MP actifs ;
- ✓ **Perte temporaire d'autonomie** : versement d'une prestation trimestrielle en situation de perte temporaire d'autonomie.
MP actifs, MP maintenus en cessation temporaire d'activité (CTA), MP associés et Bénéficiaires conjoints ;
- ✓ **Dépendance totale** : versement d'une rente viagère mensuelle en cas de situation de dépendance totale et d'une prestation complémentaire en cas de maintien à domicile.
Ensemble des MP (hors MP Orphelin) et Bénéficiaires conjoints ;
- ✓ **Prestation invalidité décès** : versement d'un capital en cas de décès ou de PTIA. Une majoration pour charge de famille est éventuellement attribuée.
MP actifs, MP maintenus et MP retraités ;

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

LES SERVICES SYSTEMATIQUEMENT PREVUS

- ✓ Services d'aide à domicile.

L'ASSISTANCE PREVUE

- ✓ Transport sanitaire en cas de maladie ou d'accident corporel ;
- ✓ Accompagnement d'un proche bénéficiaire en cas de transport sanitaire ;
- ✓ Orientation médicale dans les Réseaux hospitaliers agréés à travers le monde ;
- ✓ Conseils médicaux (télémedecine...).

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



Qu'est-ce qui n'est pas assuré ?

- ✗ Les conséquences d'un fait générateur antérieur à l'adhésion ne sont pas couvertes ;
- ✗ Les conséquences d'un fait générateur intervenant pendant le délai d'attente ne sont pas couvertes.



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

PRINCIPALES EXCLUSIONS

- ! **Allocations d'invalidité** : l'invalidité 1^{ère} catégorie ne permet pas le versement de la prestation.
- ! **Prestation invalidité décès / PTIA** : le suicide intervenant lors de la 1^{ère} année d'assurance est exclu ;
Autres exclusions prévues au sein du Règlement Mutualiste.

PRINCIPALES RESTRICTIONS

- ! Délais d'attente applicable selon les conditions prévues au Règlement Mutualiste : Allocations journalières, Allocations d'invalidité et Dépendance totale.
- ! **Allocations journalières** : non prise en charge du jour de carence Fonction publique.
Pas d'indemnisation pendant la période à plein traitement.
Le salaire de référence est limité à celui correspondant à l'assiette de cotisation reconstituée à partir du taux et de la cotisation plafond.
- ! **Allocations d'invalidité** :
Plafond de 10 815 € annuel.
- ! **Prestation invalidité décès (PID) / PTIA** : le versement de la Prestation invalidité décès (PID) / PTIA met fin à la garantie décès.
- ! **Perte temporaire d'autonomie** : la prise en charge est accordée à l'issue d'un délai de franchise de 30 jours continus et limitée à 4 trimestres.
- ! **Prestation invalidité décès/PTIA** : l'assiette de cotisation servant au calcul de la prestation est limitée à celle correspondant à l'assiette de cotisation reconstituée à partir du taux et de la cotisation plafond.
Autres restrictions prévues au sein du Règlement Mutualiste.
- ! **Dépendance totale** : la prise en charge est accordée à l'issue d'un délai de franchise continue de 90 jours.



Où suis-je couvert ?

- ✓ A l'étranger, dans les collectivités d'outre-mer (COM), en France métropolitaine et dans les départements et régions d'outre-mer (DROM), sous réserve de remplir les conditions de rattachement à la Section Extra Métropolitaine (SEM).



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,
- Concernant la Prestation invalidité décès (PID)/PTIA, la demande de prestation peut être effectuée à tout moment (article L.221-11 du Code de la mutualité). En revanche, pour toutes les autres demandes de prestation, celles-ci doivent être formulées dans un délai de 2 ans maximum à compter de l'évènement qui ouvre droit à la garantie (voir conditions prévues au Règlement Mutualiste).
- Informer la Mutuelle des événements listés dans les 15 jours suivants, et fournir les justificatifs le cas échéant :
 - Changement de situation personnelle : adresse, naissance, mariage, PACS, concubinage, divorce, décès ;
 - Changement de situation professionnelle : cessation ou reprise d'activité, suspension ou nouveau contrat de travail, modification des ressources si celles-ci sont prises en compte pour le calcul des prestations.

Ce changement peut dans certains cas entraîner la modification du contrat et de la cotisation.



Quand et comment effectuer les paiements ?

Les cotisations et compléments de cotisation annuels sont payables à la date indiquée dans l'échéancier de cotisations. Les paiements peuvent être effectués par prélèvement mensuel sur compte bancaire, prélèvement mensuel sur pension 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^{er} 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'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 fixés 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^{er} jour du 4^{ème} mois suivant la réception de la demande, ou du 1^{er} 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^{er} jour du 2^{ème} mois suivant la réception de la demande.

TABLEAU DES PRESTATIONS PREVOYANCE

PRESTATIONS	MP Actifs	MP Maintenus CTA	MP Associés	MP Retraités	Bénéficiaires Conjoints
Allocations journalières	77% ⁽¹⁾ Limité à 100 % du net	NON PREVU	NON PREVU	NON PREVU	NON PREVU
Allocations d'invalidité	50 % ⁽²⁾ Min prestation : 360,5 € / an en 2019 Max prestation : 10 815 € / an en 2019	NON PREVU	NON PREVU	NON PREVU	NON PREVU
Prestation invalidité décès (décès ou PTIA ⁽⁴⁾) Capital de base Majoration par enfant à charge ⁽⁵⁾	85 % de l'assiette de cotisations ⁽⁵⁾ 25 % ⁽⁶⁾	15 855 € 25 % ⁽⁶⁾	NON PREVU	3 500 € 25 % ⁽⁶⁾	NON PREVU
Perte temporaire d'autonomie	400 €/trimestre Prestation versée dans la limite de 4 trim.	400 €/trimestre Prestation versée dans la limite de 4 trim.	400 €/trimestre Prestation versée dans la limite de 4 trim.	NON PREVU	400 €/trimestre Prestation versée dans la limite de 4 trim.
Dépendance totale	120 €/mois sans limitation de durée ⁽⁷⁾ + prestation annuelle complémentaire de 500 € en cas de maintien à domicile	120 €/mois sans limitation de durée ⁽⁷⁾ + prestation annuelle complémentaire de 500 € en cas de maintien à domicile	120 €/mois sans limitation de durée ⁽⁷⁾ + prestation annuelle complémentaire de 500 € en cas de maintien à domicile	120 €/mois sans limitation de durée ⁽⁷⁾ + prestation annuelle complémentaire de 500 € en cas de maintien à domicile	120 €/mois sans limitation de durée ⁽⁷⁾ + prestation annuelle complémentaire de 500 € en cas de maintien à domicile
Service d'aide à domicile – Perte temporaire d'autonomie	8 €/H pour l'intervention d'une aide-ménagère 14 €/H pour l'intervention d'un technicien d'intervention sociale Plafond : 20 H/mois	8 €/H pour l'intervention d'une aide-ménagère 14 €/H pour l'intervention d'un technicien d'intervention sociale Plafond : 20 H/mois	8 €/H pour l'intervention d'une aide-ménagère 14 €/H pour l'intervention d'un technicien d'intervention sociale Plafond : 20 H/mois	NON PREVU	8 €/H pour l'intervention d'une aide-ménagère 14 €/H pour l'intervention d'un technicien d'intervention sociale Plafond : 20 H/mois
Service d'aide à domicile – Dépendance totale	8 €/H pour l'intervention d'une aide-ménagère 14 €/H pour l'intervention d'un technicien d'intervention sociale Plafond : 20 H/mois	8 €/H pour l'intervention d'une aide-ménagère 14 €/H pour l'intervention d'un technicien d'intervention sociale Plafond : 20 H/mois	8 €/H pour l'intervention d'une aide-ménagère 14 €/H pour l'intervention d'un technicien d'intervention sociale Plafond : 20 H/mois	8 €/H pour l'intervention d'une aide-ménagère 14 €/H pour l'intervention d'un technicien d'intervention sociale Plafond : 20 H/mois	8 €/H pour l'intervention d'une aide-ménagère 14 €/H pour l'intervention d'un technicien d'intervention sociale Plafond : 20 H/mois

¹⁾ Du salaire de référence (SR) sous déduction des ressources :

SR = assiette moyenne quotidienne utilisée pour le calcul de la cotisation MGEN des 12 mois précédant la perte de traitement.

Ressources = sommes brutes versées par l'Administration, la Sécurité sociale et/ou tout autre organisme complémentaire.

²⁾ Du salaire de référence (SR) sous déduction des ressources :

SR = traitement indiciaire brut (TIB) afférent à l'échelon le plus élevé de l'emploi et grade dont il relève lorsqu'une grille d'évolution de carrière existe. A défaut, il convient de se référer au dernier traitement brut avant la mise en invalidité.

Le niveau de garantie est au minimum égal au montant de la Base de Référence Garantie (BRG : 10 815 € en 2019).

Ressources : Les ressources représentent les seuls revenus imposables issus des pensions résultant du travail du membre participant. Les revenus issus d'une épargne personnelle volontaire, les pensions de réversion, les pensions alimentaires, les revenus fonciers ne sont pas pris en compte.

³⁾ La Perte Totale et Irréversible d'Autonomie ouvre droit au versement du capital si le membre participant, avant son 65^{ème} anniversaire est à la fois :

- dans l'incapacité définitive de se livrer à toute activité susceptible de lui procurer gain ou profit, qu'il s'agisse ou non de sa profession ;

- obligé de recourir à l'assistance d'une tierce personne pour accomplir les 4 actes ordinaires de la vie, pendant toute la durée de celle-ci (se déplacer, s'alimenter, s'habiller, se laver).

La PTIA doit être reconnue par le médecin conseil de la Mutuelle comme répondant aux deux critères ci-dessus.

⁴⁾ On entend par « enfant à charge » tout enfant satisfaisant au jour du sinistre aux conditions énoncées ci-après : être mutualiste MGEN, être :

- âgé de moins de 20 ans ou bénéficiaire de l'allocation handicap (telle que prévue au Règlement Mutualiste de MGEN Action sanitaire et sociale) ;

- à la charge effective du membre participant.

⁵⁾ De l'assiette utilisée pour le calcul de la cotisation MGEN des douze mois précédant le décès ou la Perte Totale et Irréversible d'Autonomie.

Ce capital est au moins égal à 85 % de l'assiette de la cotisation annuelle afférente à l'indice nouveau majoré 318 de la Fonction publique. Il est proratisé en cas d'activité à temps partiel. L'assiette ne peut être supérieure à celle correspondant à la cotisation plafond.

⁶⁾ Du traitement brut annuel correspondant à l'indice nouveau majoré 821 de la Fonction publique.

⁷⁾ Hors conditions de cessation prévues par le Règlement Mutualiste.