

## VOS GARANTIES SANTÉ MGEN AMBRE À L'INTERNATIONAL ET DANS LES COM

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. Les prestations sont exprimées en pourcentage des frais réels sous déduction de l'intervention de l'organisme primaire d'assurance maladie (OPAM) du membre participant en vigueur au 1<sup>er</sup> janvier 2022. Les forfaits et plafonds 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.

OPAM + RC	MGEN Ambre		
	Plafond annuel maximum 100 000 €		
GARANTIE <sup>(1)</sup>	Taux de remboursement (en % des Frais réels)	Forfait maximum par acte (OPAM + RC)	Plafond annuel (OPAM + RC)
<b>HOSPITALISATION<sup>(1)</sup></b>			
<b>Hospitalisation</b> (frais de séjour, honoraires médicaux et paramédicaux, produits de santé)	100%	-	-
<b>Maternité</b> (frais d'accouchement, amniocentèse)	100%	-	3 000€
<b>Chambre particulière</b> (par jour ou nuitée)	100%	50€	-
<b>Frais accompagnant</b> (par jour)	100%	20€	-
<b>TRANSPORTS SANITAIRES</b>			
<b>Transports sanitaires<sup>(1)</sup></b>	100%	-	-
<b>SOINS COURANTS</b>			
<b>Médecins généralistes et spécialistes</b> (consultations, visites)	100%	45€	-
<b>Psychothérapie</b>	100%	-	300€
<b>Pharmacie</b> (médicaments)	100%	-	-
<b>Auxiliaires médicaux</b>	100%	-	600€
<b>Actes techniques médicaux</b> (hors dentaire)	90%	-	-
<b>Analyses, biologie médicale</b>	90%	-	-
<b>Radiologie</b>	90%	-	-
<b>Cures thermales</b>	100%	-	1 000€
<b>Forfait « Prévention »</b>	100%	-	100€
<b>Forfait « Se soigner autrement »</b>	100%	20€	80€
<b>Prothèses et matériels médicaux dont audioprothèses</b>	100%	-	600€
<b>OPTIQUE MÉDICALE<sup>(2)</sup></b>			
<b>Monture</b>	100%	-	60€
<b>Verres</b>	100%	-	250€
<b>Lentilles</b>	100%	-	150€
<b>Chirurgie réfractive de l'œil</b>	100%	365€	730€
<b>DENTAIRE</b>			
<b>Soins dentaires</b>	100%	-	-
<b>Prothèses, éléments supplémentaires de bridge et implants (dans la limite de 3 implants par an)</b>	100%	550€	1 850€
<b>Bridges 3 éléments et prothèses amovibles</b>	100%	1 100€	1 850€
<b>Orthodontie</b>	100%	-	600€

(1) 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 19 des Statuts et Règlements mutualistes de l'offre. Les soins hospitaliers ou de transport sanitaire hospitalier programmés en dehors du pays de résidence, de la France métropolitaine, de l'Espace Economique Européen, des DROM et de la Suisse sont couverts par la mutuelle exclusivement sous réserve d'un accord préalable de prise en charge par la mutuelle ou son mandataire.

(2) Pour les mutualistes de moins de 6 ans : remboursement limité à l'achat d'un équipement composé d'une monture et de deux verres par période de 6 mois à compter de la date de facturation du dernier élément de l'équipement optique et uniquement en cas de mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage de l'enfant entraînant une perte d'efficacité du verre correcteur.  
 Pour les mutualistes de 6 ans à 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 adhérents résidant dans une COM bénéficient des prestations conventionnelles prévues dans le cadre des éventuels accords mis en place au sein de ladite COM

## VOS GARANTIES SANTÉ MISP EN FRANCE (MÉTROPOLE ET DÉPARTEMENTS D'OUTRE-MER)

Les montants des remboursements sont exprimés en % de la Base de Remboursement de la Sécurité sociale (BRSS) en vigueur au 1<sup>er</sup> janvier 2022 ou en forfait en euros.

SOINS COURANTS	SÉCURITÉ SOCIALE <sup>(1)</sup>	MISP <sup>(1)</sup>	SÉCURITÉ SOCIALE + MGEN <sup>(1)</sup>
<b>Honoraires médicaux</b>			
Consultations/Visites de médecins généralistes	70%	30%	100%
Consultations/Visites de médecins spécialistes			
Actes techniques dont radiologie			
<b>Honoraires paramédicaux</b>			
<b>Honoraires des auxiliaires médicaux</b>			
Infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, pédicures, podologues, orthophonistes, orthoptistes	60%	40%	100%
<b>Analyses et examens de laboratoire</b>			
Analyses - Actes de laboratoire	60%	40%	100%
<b>Médicaments</b>			
Médicaments et sevrage tabagique remboursés par la Sécurité sociale à 65%	65%	35%	100%
Médicaments remboursés par la Sécurité sociale à 30%	30%	70%	100%
<b>Matériel médical</b>			
Semelles orthopédiques remboursées par la Sécurité sociale	60%	170%	230%

+ MGEN	FORFAIT SE SOIGNER AUTREMENT	SÉCURITÉ SOCIALE <sup>(1)</sup>	MISP <sup>(1)</sup>	SÉCURITÉ SOCIALE + MGEN <sup>(1)</sup>
	Ostéopathie	Non pris en charge	80€/année civile avec un maximum de 40€ par séance	
	Acupuncture	70%/Non pris en charge		
	Homéopathie	Non pris en charge		
	Consultations diététicien			
	Chiropraxie			
	Psychomotricité			
	Ergothérapie			
Psychothérapie (20 séances maximum par année civile)	15€ par séance			
PRÉVENTION	SÉCURITÉ SOCIALE <sup>(1)</sup>	MISP <sup>(1)</sup>	SÉCURITÉ SOCIALE + MGEN <sup>(1)</sup>	
Contraception non remboursée (féminine et masculine)/Tests de grossesse	Non pris en charge	75€/année civile		
Vaccins prescrits non remboursés par la Sécurité sociale				
Dépistage Prénatal Non Invasif (DPNI)/Amniocentèse	60%	183€/acte	Remboursement Sécurité sociale pour le DPNI + 183€/acte	

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) La limite de 40€ par séance ne s'applique pas à l'homéopathie.

HOSPITALISATION	SÉCURITÉ SOCIALE <sup>(1)</sup>	MISP <sup>(1)</sup>	SÉCURITÉ SOCIALE + MGEN <sup>(1)</sup>
Honoraires médicaux et chirurgicaux			
Honoraires médicaux	80%	<b>OPTAM/OPTAM-CO<sup>(3)</sup> :</b> 70% <b>Non OPTAM/Non OPTAM-CO<sup>(3)</sup> :</b> 50%	<b>OPTAM/OPTAM-CO<sup>(3)</sup> :</b> 150% <b>Non OPTAM/Non OPTAM-CO<sup>(3)</sup> :</b> 130%
Forfait journalier hospitalier			
Forfait journalier hospitalier	Non pris en charge	Frais réels	
Hébergement et frais de séjour			
Frais de séjour	80%	20%	100%
Chambre particulière			
Prestation conventionnelle <sup>(4)</sup> quand le mutualiste a recours à un établissement conventionné avec MGEN			
Chambre particulière en soins de suite et de réadaptation	Non pris en charge	<b>Prestation conventionnelle<sup>(4)</sup></b> 40 €/jour	
		<b>Prestation non conventionnelle</b> 18,50 €/jour	
Chambre particulière en psychiatrie		<b>Prestation conventionnelle<sup>(4)</sup></b> 45 €/jour	
		<b>Prestation non conventionnelle</b> 30 €/jour	
Chambre particulière en court séjour (médecine, chirurgie, obstétrique)		<b>Prestation conventionnelle<sup>(4)</sup></b> 50 €/jour	
		<b>Prestation non conventionnelle</b> 33 €/jour	
Chambre particulière en maternité		<b>Prestation conventionnelle<sup>(4)</sup></b> 50 €/jour	
		<b>Prestation non conventionnelle</b> 33 €/jour	
Chambre particulière en chirurgie ambulatoire avec anesthésie (sans nuitée)		<b>Prestation conventionnelle uniquement<sup>(4)</sup></b> 25 €	
Frais d'accompagnant			
Frais d'accompagnant accordés pour l'accompagnement d'un mutualiste : - de moins de 16 ans (à la date d'entrée dans l'établissement) - ou de plus de 70 ans (à la date d'entrée dans l'établissement) - ou en situation de handicap	Non pris en charge	<b>Prestation conventionnelle<sup>(4)</sup></b> 38,50 €/nuitée	
		<b>Prestation non conventionnelle</b> 25 €/nuitée	

(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.

(3) 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) 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.

DENTAIRE		SÉCURITÉ SOCIALE <sup>(1)</sup>	MISP <sup>(1)</sup>	SÉCURITÉ SOCIALE + MGEN <sup>(1)</sup>
<b>100% SANTÉ</b>	<b>PANIER « 100% SANTÉ »</b>			
	<b>Soins et prothèses totalement remboursés<sup>(5)</sup></b>			
	Couronne définitive (sur dent visible ou non visible)	70%	<b>Remboursement total de la dépense engagée.</b> 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				
<b>HORS PANIER « 100% SANTÉ »</b>				
Soins et prothèses				
Soins				
Soins conservateurs, consultations, chirurgie, radiologie remboursés par la Sécurité sociale	70%	30%	100%	
Inlay-onlay remboursé par la Sécurité sociale	70%	150€ sous déduction du remboursement réalisé par la Sécurité sociale	150€	
Prothèses				
Prothèses fixes (couronnes dento-portées et bridges) remboursées par la Sécurité sociale				
Couronne définitive sur dent visible (incisive, canine et prémolaire) - couronne céramo-métallique - couronne céramo-céramique	70%	420€ sous déduction du remboursement réalisé par la Sécurité sociale	420€	
Couronne définitive sur dent non visible (molaire) - couronne céramo-métallique - couronne céramo-céramique	70%	216€ sous déduction du remboursement réalisé par la Sécurité sociale	216€	
Orthodontie				
Traitements remboursés par la Sécurité sociale				
Traitement actif (par semestre)	100%	348,50€	542€	
Implantologie				
Couronne sur implant	70%	200€ dans la limite de 2 couronnes sur 2 années civiles puis 161,25€ sur les suivantes sous déduction du remboursement réalisé par la Sécurité sociale	200€ dans la limite de 2 couronnes sur 2 années civiles puis 161,25€ sur les suivantes	
Implant non remboursé par la Sécurité sociale				
Implant	Non pris en charge	500€/implant (limité à 2 implants sur 2 années civiles)		

(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.

(5) Tel que défini réglementairement.

AIDES AUDITIVES			SÉCURITÉ SOCIALE <sup>(1)</sup>	MISP <sup>(1)</sup>	SÉCURITÉ SOCIALE + MGEN <sup>(1)</sup>
100% SANTÉ	<b>PANIER « 100% SANTÉ »</b> Équipements remboursés totalement <sup>(6)</sup>				
	Mutualiste de 20 ans et moins ou Mutualiste atteint de cécité	60%	<b>Remboursement total de la dépense engagée.</b> Pour des aides auditives et des tarifs définis par les pouvoirs publics		
	Mutualiste de plus de 20 ans <sup>(6)</sup>				
<b>HORS PANIER « 100% SANTÉ »</b> Équipements					
	Mutualiste de plus de 20 ans <sup>(6)</sup>	60%	500€	740€	
OPTIQUE			SÉCURITÉ SOCIALE <sup>(1)</sup>	MISP <sup>(1)</sup>	SÉCURITÉ SOCIALE + MGEN <sup>(1)</sup>
Lunettes remboursées par la Sécurité sociale					
100% SANTÉ	<b>PANIER « 100% SANTÉ »</b> Équipements (monture et verres) remboursés totalement <sup>(5)</sup>				
	Verre unifocal (classe A)	60%	<b>Remboursement total de la dépense engagée.</b> Pour un équipement et des tarifs définis par les pouvoirs publics.		
	Verre multifocal ou progressif (classe A)				
	Monture (classe A)				
	Prestation d'appairage et supplément pour verres teintés				
<b>HORS PANIER « 100% SANTÉ »</b> Équipements (monture et verres)					
<b>Votre offre prévoit également des remboursements en dehors de Kalixia optique, pour en connaître le montant, référez-vous à votre règlement mutualiste</b>			SÉCURITÉ SOCIALE <sup>(1)</sup>	PRESTATIONS DANS KALIXIA OPTIQUE <sup>(7)</sup> Montant hors prise en charge Sécurité sociale	PRESTATIONS DANS KALIXIA OPTIQUE <sup>(7)</sup> Montant incluant la prise en charge Sécurité sociale
Verre unifocal (classe B)	Faible et moyenne correction (catégorie a)	< 16 ans	60%	44,97€	45€
		≥ 16 ans		44,97€	45€
Verre multifocal ou progressif (classe B)	Faible et moyenne correction (catégorie c)	≥ 16 ans		119,97€	120€
Monture (classe B)		< 16 ans		34,97€	35€
		≥ 16 ans		59,97€	60€
Lentilles de contact correctrices					
Remboursées par la Sécurité sociale (par année civile)			60%	Forfait 110€	Remboursement Sécurité sociale + forfait 110€
Non remboursées par la Sécurité sociale (par année civile)			Non pris en charge		
Autres prestations optiques					
Chirurgie réfractive dont kératotomie (par œil et par année civile)			Non pris en charge		365€

(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.

(5) Tel que défini réglementairement.

(6) Quand le mutualiste a recours à un audioprothésiste partenaire Kalixia Audio, il bénéficie de tarifs encadrés et de la dispense d'avance de frais sur l'achat des aides auditives. 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 mutualiste.

(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 [annuaire.sante.ameli.fr](http://annuaire.sante.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, des frais réels 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.

