

MGEN International Santé Prévoyance

Garanties Santé MGEN à l'International

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^{er} janvier 2024. 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.



GRUPE **vyv**

OPAM + RC	MGEN Ambre			MGEN Cyan			MGEN Magenta		
	Plafond annuel maximum 100 000 €			Plafond annuel maximum 200 000 €			Plafond annuel maximum 300 000 €		
GARANTIES ⁽¹⁾	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⁽¹⁾									
Hospitalisation (frais de séjour, honoraires médicaux et paramédicaux, produits de santé)	100 %	-	-	100 %	-	-	100 %	-	-
Maternité (amniocentèse, frais d'accouchement)	100 %	-	3 000 €	100 %	-	5 000 €	100 %	-	7 000 €
Chambre particulière (par jour ou nuitée)	100 %	50 €	-	100 %	60 €	-	100 %	95 €	-
Frais accompagnant (par jour)	100 %	20 €	-	100 %	30 €	-	100 %	50 €	-
TRANSPORTS SANITAIRES									
Transports sanitaires⁽¹⁾	100 %	-	-	100 %	-	-	100 %	-	-
SOINS COURANTS									
Médecins généralistes et spécialistes (consultations, visites)	100 %	45 €	-	100 %	70 €	-	100 %	120 €	-
Psychothérapie	100 %	-	300 €	100 %	-	500 €	100 %	-	700 €
Pharmacie (médicaments)	100 %	-	-	100 %	-	-	100 %	-	-
Auxiliaires médicaux	100 %	-	600 €	100 %	-	800 €	100 %	-	1600 €
Actes techniques médicaux (hors dentaire)	90 %	-	-	90 %	-	-	90 %	-	-
Analyses, biologie médicale	90 %	-	-	90 %	-	-	90 %	-	-
Radiologie	90 %	-	-	90 %	-	-	90 %	-	-
Cures thermales	100 %	-	1000 €	100 %	-	2000 €	100 %	-	5000 €
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	100 %	-	600 €	100 %	-	900 €	100 %	-	1200 €

(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

OPAM + RC	MGEN Ambre			MGEN Cyan			MGEN Magenta		
	Plafond annuel maximum 100 000 €			Plafond annuel maximum 200 000 €			Plafond annuel maximum 300 000 €		
GARANTIES ⁽¹⁾	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)

OPTIQUE MÉDICALE⁽²⁾

	MGEN Ambre	MGEN Cyan	MGEN Magenta
Monture	100 % - 60 €	100 % - 60 €	100 % - 60 €
Verres	100 % - 250 €	100 % - 300 €	100 % - 350 €
Lentilles	100 % - 150 €	100 % - 150 €	100 % - 150 €
Chirurgie réfractive de l'œil	100 % - 365 € / 730 €	100 % - 365 € / 730 €	100 % - 365 € / 730 €

DENTAIRE

	MGEN Ambre	MGEN Cyan	MGEN Magenta
Soins dentaires	100 % - -	100 % - -	100 % - -
Prothèses, éléments supplémentaires de bridge et implants (dans la limite de 3 implants par an)	100 % - 550 € / 1850 €	100 % - 600 € / 2000 €	100 % - 650 € / 2150 €
Bridges 3 éléments et prothèses amovibles	100 % - 1100 €	100 % - 1200 €	100 % - 1300 €
Orthodontie	100 % - 600 €	100 % - 900 €	100 % - 1200 €

(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

Les Bonus MGEN

Ça se passe comment si je suis hospitalisé à l'étranger ?

En cas d'hospitalisation, MGEN met à votre service un réseau d'établissements agréés MGEN International. Sélectionnés pour la qualité de leurs soins et la maîtrise des tarifs, ils vous permettent de bénéficier d'un reste à charge nul ou limité, où que vous soyez dans le monde.

Sous certaines conditions, et dans les établissements du réseau MGEN International, vous serez dispensé de l'avance de vos frais médicaux :

En cas d'hospitalisation, MGEN International effectue le paiement direct et total* des frais médicaux et de séjour aux seuls établissements validés et labellisés (dans le respect des conditions contractuelles).

→ Très important

- Pour la prise en charge et le suivi de votre grossesse à l'étranger : formulaire de déclaration de grossesse à télécharger et à renvoyer avant la fin du 3^{ème} mois. Si vous résidez :

- en Zone IMA (en Europe sauf France métropolitaine, en Afrique, en Asie, en Océanie ou à Cuba) : [lien de téléchargement du formulaire](#)
- en Zone HCS (au Canada, U.S.A, Amérique centrale et du sud sauf Cuba) : [lien de téléchargement du formulaire](#)

- Hospitalisation programmée : demande d'accord de prise en charge à renvoyer minimum 10 jours avant la date prévue de l'hospitalisation. Si vous résidez :

- en Zone IMA (en Europe sauf France métropolitaine, en Afrique, en Asie, en Océanie ou à Cuba) : [lien de téléchargement du formulaire](#)
- en Zone HCS (au Canada, U.S.A, Amérique centrale et du sud sauf Cuba) : [lien de téléchargement du formulaire](#)

Hospitalisation (hors France métropolitaine et DROM) pour les adhérents MGEN International Santé Prévoyance :

	Sécurité sociale gérée par MGEN, la CFE ou une caisse locale	
	Dispense d'avance de frais	Conditions de remboursement
Dans le réseau MGEN International*	OUI	Peu ou pas de reste à charge
Hors réseau MGEN International	NON	Fort reste à charge possible
Établissements conventionnés MGEN en Nouvelle-Calédonie, Polynésie française ou Saint-Pierre-et-Miquelon	OUI	Peu ou pas de reste à charge

→ Bon à savoir

Pour toute prise en charge médicale, pour bénéficier de l'orientation médicale, de l'accès aux réseaux de soins et de pharmacies et d'établissements hospitaliers et pour bénéficier de la dispense d'avance de frais dans les réseaux,

- contactez HEALTH CASE Services

☎ par téléphone : + 1 305 893 9433

@ par courriel : hcserv@healthcaseservices.com

💻 par web (chat) : healthcaseservices.com

Vous devez impérativement vous enregistrer sur : <https://healthcaseservices.com> pour être pris en charge sur le continent américain et obtenir une carte reconnue par les professionnels de santé et les hôpitaux américains.

* Dans la limite des plafonds annuels.

** Avant toute hospitalisation : vous devez appeler préalablement MGEN International afin de bénéficier de la prise en charge et de l'avance des frais. Les adhérents retraités de l'EEE et autres pays doivent être affiliés à l'OPAM local.



→ 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 [annuaresante.ameli.fr](http://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, 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.