

VOS GARANTIES SANTÉ 2 MINISTÈRES SOCIAUX

Prestations sous déduction du remboursement sur la Base de Remboursement de la Sécurité sociale (BRSS) en vigueur au 1^{er} janvier 2019 ou en forfait en euros. En cas d'exonération totale ou partielle du ticket modérateur, la participation de la mutuelle est réduite à due proportion sauf forfaits.

SOINS COURANTS

SANTÉ 2

Honoraires

Consultations/visites médecins généralistes avec OPTAM/OPTAM CO ⁽¹⁾	100% BR
Consultations/visites médecins généralistes hors OPTAM/OPTAM CO ⁽¹⁾	100% BR
Consultations/visites médecins spécialistes avec OPTAM/OPTAM CO ⁽¹⁾	130% BR
Consultations/visites médecins spécialistes hors OPTAM/OPTAM CO ⁽¹⁾	110% BR
Actes techniques médicaux OPTAM/OPTAM CO ⁽¹⁾ et honoraires des sages-femmes	100% BR
Actes techniques médicaux hors OPTAM/OPTAM CO ⁽¹⁾	100% BR
Honoraires des auxiliaires médicaux	100% BR

Radiologie

Actes de radiologie et d'imagerie avec OPTAM/OPTAM CO ⁽¹⁾	130% BR
Actes de radiologie et d'imagerie hors OPTAM/OPTAM CO ⁽¹⁾	110% BR
Ostéodensitométrie non prise en charge par la Sécurité sociale (par acte)	50€

Laboratoire

Actes d'anatomie et de cytologie biologique	100% BR
Analyses et examens de laboratoire	100% BR

PHARMACIE : MÉDICAMENTS, PRODUITS DE LA PHARMACOPÉE OU PRÉPARATIONS MAGISTRALES

SANTÉ 2

Médicaments à service médical important et honoraires de dispensation (pris en charge par la Sécurité sociale à 65%)	100% BR
Médicaments à service médical modéré et honoraires de dispensation (pris en charge par la Sécurité sociale à 30%)	100% BR
Médicaments à service médical faible et honoraires de dispensation (pris en charge par la Sécurité sociale à 15%)	100% BR
Vaccins pris en charge par la Sécurité sociale	100% BR
Vaccins non pris en charge par la Sécurité sociale	Frais réels
Médicaments et contraceptifs non pris en charge par la Sécurité sociale	40€
Substituts nicotiniques (pris en charge par la Sécurité sociale à 65%)	100% BR

⁽¹⁾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.

FORFAIT PRÉVENTION ET MÉDECINES DOUCES Selon les conditions définies à l'article 5 des conditions particulières		SANTÉ 2
+ MGEN	Ostéopathe	100€
	Psychothérapie	
	Acupuncteur	
	Diététicien	
	Nutritionniste	
	Chiropracteur	
	Psychomotricien	
	Podologue/Pédicure	
	Shiatsu, réflexologie, étioopathie, sophrologie, phytothérapie, naturopathie et microkinésithérapie	
	Amniocentèse	
	Caryotype fœtal	120€

HOSPITALISATION Selon les conditions définies à l'article 6 des conditions particulières		SANTÉ 2
Forfait journalier		Frais réels
Frais de séjour		100% BR
Participation forfaitaire visée par l'article R. 160-16 du Code de la Sécurité sociale		Frais réels
Honoraires		
Honoraires médicaux et chirurgicaux avec OPTAM/OPTAM CO ⁽²⁾		150% BR
Honoraires médicaux et chirurgicaux hors OPTAM/OPTAM CO ⁽²⁾		130% BR
Dépassement sur péridurale ⁽²⁾		50€
Fécondation in vitro (par acte) ⁽²⁾		85€
Frais liés à l'hébergement : chambres particulières		
Chambre particulière avec nuitée en unités de médecine, chirurgie, obstétrique et maternité ⁽³⁾		40€
Chambre particulière avec nuitée en unités de psychiatrie (dans la limite de 60 jours par an) ⁽³⁾		30€
Chambre particulière avec nuitée en unités de soins de suite et de réadaptation (dans la limite de 90 jours par an) ⁽³⁾		20€
Chambre particulière en ambulatoire ⁽³⁾		15€
Autres frais liés à l'hébergement		
Forfait télévision (par jour)		2€
Forfait d'accompagnement (par jour) ⁽⁴⁾		30€
Transports		
Frais de transport pris en charge par la Sécurité sociale		100% BR

⁽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. Pour les dépassements sur péridurale et fécondation in vitro remboursés par la Sécurité sociale, limitation aux actes réalisés par les médecins adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée.

⁽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.

⁽⁴⁾ Pour accompagner les enfants de moins de 16 ans, les enfants handicapés quel que soit l'âge et les personnes de plus de 70 ans.

OPTIQUE
SANTÉ 2
Lunettes enfants

Monture	45 €
Verre unifocal simple	35 €
Verre unifocal complexe	85 €
Verre multifocal complexe	95 €
Verre multifocal très complexe	100 €

Lunettes adultes

Monture	65 €
Verre unifocal simple	35 €
Verre unifocal complexe	75 €
Verre multifocal complexe (codes LPP verre 2290396/2291183)	75 €
Verre multifocal complexe (codes LPP verre 2227038/2299180)	100 €
Verre multifocal très complexe	115 €

Suppléments

Suppléments optique	120% BR
---------------------	---------

Lentilles

Lentilles de contact prescrites et prises en charge par la Sécurité sociale (par œil et par année civile)	140 €
Lentilles de contact prescrites et non prises en charge par la Sécurité sociale (par œil et par année civile)	

Autres soins

Chirurgie réfractive (par œil et par année civile)	250 €
--	-------

DENTAIRE	SANTÉ 2
Soins	
Consultations et soins dentaires, conservateurs ou chirurgicaux, remboursables par la Sécurité sociale, réalisés par un médecin stomatologue avec OPTAM/OPTAM CO ⁽¹⁾ ou par un chirurgien-dentiste	100% BR
Consultations et soins dentaires, conservateurs ou chirurgicaux, remboursables par la Sécurité sociale, réalisés par un médecin stomatologue hors OPTAM/OPTAM CO ⁽¹⁾	100% BR
Inlay/Onlay	150% BR
Parodontologie non prise en charge par la Sécurité sociale (par année civile)	250€
Soins prothétiques pris en charge par la Sécurité sociale	
Inlay Core	150% BR
Prothèse dentaire	300% BR
Soins prothétiques non pris en charge par la Sécurité sociale	
Prothèse fixe (par prothèse)	150€
Implantologie	
Actes d'implantologie pris en charge ou non par la Sécurité sociale	100% BR
Couronne sur implant prise en charge par la Sécurité sociale	300% BR
Implant racine pris en charge ou non par la Sécurité sociale (maximum 2 implants par année civile)	450€
Orthodontie prise en charge par la Sécurité sociale	
Traitement actif d'orthodontie	250% BR
1 ^{ère} année de contention	250% BR
2 ^e année de contention et autres soins actifs d'orthodontie	250% BR
Orthodontie non prise en charge par la Sécurité sociale	
Traitement ou 1 ^{ère} année de contention pour les plus de 16 ans (par semestre)	350€

⁽¹⁾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.

APPAREILLAGES
SANTÉ 2

Appareillages

Grands appareillages et véhicules pour handicapés	200% BR
Orthèses dont bas, collants et chaussettes de contention	200% BR
Pansements, accessoires, petit appareillage, orthopédie	135% BR
Autres équipements non pris en charge par la Sécurité sociale	25 €

Appareillage auditif

Bilan acoustique du nouveau-né	23 €
Frais d'entretien de prothèse auditive, fournitures et accessoires	170% BR
Prothèse auditive prescrite pour les 20 ans et plus ⁽⁵⁾ (par appareil, par oreille et par année civile)	600 €
Prothèse auditive prescrite pour les moins de 20 ans ou atteints de cécité ⁽⁵⁾	170% BR

Autres prothèses

Prothèse capillaire (par prothèse et par année civile)	500 €
Prothèse mammaire (par prothèse et par année civile)	600 €

CURES THERMALES
SANTÉ 2

Forfait thermal	100% BR
Frais d'hébergement pris en charge par la Sécurité sociale	230 €
Frais de transport	100% BR
Honoraires médicaux	100% BR

⁽⁵⁾ Les prothèses auditives sont remboursées par la mutuelle exclusivement en complément de la Sécurité sociale. Quand le Membre Participant ou son bénéficiaire 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 des prestations définies ci-dessus.

OPTION

SURCOMPLÉMENTAIRE Accessible uniquement en complément des offres Santé 2, Santé 3 et Santé 4	NIVEAUX DE REMBOURSEMENTS SUPPLÉMENTAIRES
Médecines douces	
Ostéopathie, psychothérapie, acupuncture...	100€
Hospitalisation	
Chambre particulière avec nuitée en unités de médecine, chirurgie, obstétrique et maternité	20€
Chambre particulière en ambulatoire	5€
Optique	
Lunettes enfants	
Verre unifocal simple	30€
Verre unifocal complexe	30€
Verre multifocal complexe	50€
Verre multifocal très complexe	50€
Lunettes adultes	
Monture	50€
Verre unifocal simple	30€
Verre unifocal complexe	30€
Verre multifocal complexe (codes LPP verre 2290396/2291183)	50€
Verre multifocal complexe (codes LPP verre 2227038/2299180)	50€
Verre multifocal très complexe	50€
Lentilles	
Lentilles de contact prescrites et prises en charge par la Sécurité sociale (par œil et par année civile)	50€
Lentilles de contact prescrites et non prises en charge par la Sécurité sociale (par œil et par année civile)	
Dentaire	
Inlay Core remboursé par la Sécurité sociale	30% BR
Prothèse dentaire remboursée par la Sécurité sociale	100% BR
Prothèse fixe (par prothèse) non remboursée par la Sécurité sociale	100€

VOS REMBOURSEMENTS EN TOUTE CLARTÉ

Base de Remboursement de la Sécurité sociale (BRSS) :

C'est le tarif déterminé par la Sécurité sociale (souvent appelé tarif de responsabilité ou de convention) pour chaque acte, produit ou prestation médicale. Sur la base de ce tarif, la Sécurité sociale définit son niveau de remboursement (exprimé en pourcentage).

Conventionnements MGEN :

Pour vous faire bénéficier d'autres avantages que la dispense d'avance de frais, MGEN a conclu des accords avec des professionnels et établissements de santé qui s'engagent, notamment, à ne pas dépasser les tarifs négociés dans le cadre de ces accords.

Dépassements d'honoraires :

C'est la différence entre les honoraires demandés par un praticien et le tarif de responsabilité de la Sécurité sociale.

Franchises médicales :

C'est le montant déduit de vos remboursements par la Sécurité sociale sur chaque boîte de médicaments, les actes d'auxiliaires médicaux (sauf sages-femmes) et de transport sanitaire.

Comme la plupart des mutuelles, MGEN ne prend pas en charge ces franchises dans le respect de la législation relative aux contrats responsables.

Honoraires de dispensation :

Il s'agit d'honoraires forfaitaires appliqués par les pharmaciens selon le conditionnement ou pour une ordonnance de médicaments dite complexe. Ils sont remboursés par la Sécurité sociale au même taux et selon les mêmes modalités que le médicament auquel ils se rapportent.

Option de Pratique Tarifaire Maîtrisée (OPTAM), Option de Pratique Tarifaire Maîtrisée des Chirurgiens et des Gynécologues-Obstétriciens (OPTAM-CO) :

Elle permet aux patients d'être mieux remboursés des dépassements d'honoraires par la Sécurité sociale d'une part

et par les complémentaires santé d'autre part. Pour savoir si un médecin spécialiste a adhéré aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée, il suffit de se rendre sur le site annuaire.sante.ameli.fr à la rubrique «Annuaire Santé».

Participation forfaitaire de 1 € :

C'est le montant déduit de vos remboursements par la Sécurité sociale pour chaque consultation ou acte réalisé par un médecin (dont les stomatologues) et sur les actes de biologie médicale ou radiologiques. Elle ne peut pas être prise en charge par MGEN, dans le respect de la législation relative aux contrats responsables.

Participation forfaitaire visée par l'article R.160-16 du Code de la Sécurité sociale :

La participation forfaitaire 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) :

C'est la différence laissée à votre charge entre la Base de Remboursement et le montant remboursé par la Sécurité sociale. MGEN prend en charge ce Ticket Modérateur. En revanche, les majorations hors parcours de soins coordonnés restent à votre charge.

Tiers payant :

C'est la prise en charge directe par la Sécurité sociale et la mutuelle de tout ou partie des dépenses de santé. La présentation de votre carte d'adhérent MGEN au pharmacien ou au laboratoire de biologie médicale par exemple permet de ne pas faire d'avance de frais.