

VOS GARANTIES SANTÉ MGEN BASE SANTÉ

Les montants des remboursements sont exprimés en % de la Base de Remboursement de la Sécurité sociale (BRSS) en vigueur au 1^{er} 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.

SOINS COURANTS	SÉCURITÉ SOCIALE ⁽¹⁾	MGEN BASE SANTÉ ⁽¹⁾	SÉCURITÉ SOCIALE + MGEN ⁽¹⁾
Honoraires médicaux			
Consultations/Visites de médecins généralistes	70%	30%	100%
Consultations/Visites de médecins spécialistes	70%	30%	100%
Honoraires des sages-femmes	70%	30%	100%
Actes techniques hors radiologie	70%	30%	100%
Radiologie	70%	30%	100%
Honoraires paramédicaux			
Honoraires des auxiliaires médicaux			
Infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, pédicures, podologues, orthophonistes, orthoptistes	60%	40%	100%
Analyses et examens de laboratoire			
Actes d'anatomie et de cytologie biologique	70%	30%	100%
Analyses - Actes de laboratoire	60%	40%	100%
Médicaments			
Médicaments et sevrage tabagique remboursés par la Sécurité sociale à 65%	65%	35%	100%
Médicaments remboursés par la Sécurité sociale à 30%	30%	Non pris en charge	Sécurité sociale (30%)
Médicaments remboursés par la Sécurité sociale à 15%	15%	Non pris en charge	Sécurité sociale (15%)
Honoraires de pharmacie remboursés par la Sécurité sociale			
Honoraires remboursés par la Sécurité sociale	65% / 70%	35% / 30%	100%
Matériel médical			
Grand appareillage et véhicules pour handicapés	100%	-	100%
Orthèses dont bas, collants et chaussettes de contention	60%	40%	100%
Accessoires et pansements, petit appareillage et orthopédie		40%	100%
Prothèse mammaire (par prothèse et par année civile)	60%	350 € - Remboursement Sécurité sociale	350 €
Prévention			
Sevrage tabagique remboursé par la Sécurité sociale	65%	35%	100%
Vaccins remboursés par la Sécurité sociale			

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.

HOSPITALISATION	SÉCURITÉ SOCIALE ⁽¹⁾	MGEN BASE SANTÉ ⁽¹⁾	SÉCURITÉ SOCIALE + MGEN ⁽¹⁾
Honoraires médicaux et chirurgicaux			
Honoraires médicaux	80%	20%	100%
Fécondation in-vitro (par acte) ⁽²⁾	Non pris en charge	85 €	85 €
Prise en charge de l'intégralité de la participation forfaitaire « actes lourds »		Oui	Oui
Forfait journalier hospitalier			
Forfait journalier hospitalier	Non pris en charge	Frais réels	
Hébergement et frais de séjour			
Frais de séjour	80%	20%	100%
Autre frais liés à l'hébergement			
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			
Forfait d'accompagnement (par jour) ⁽³⁾	Non pris en charge	25 €	
Transport			
Frais de transport pris en charge par la Sécurité sociale	65%	35%	100%

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 Gynécologues-Obstétriciens) prévus par la Convention nationale du 25 août 2016, applicable aux médecins libéraux de ceux des médecins non adhérents.
- (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	SÉCURITÉ SOCIALE ⁽¹⁾	MGEN BASE SANTÉ ⁽¹⁾	SÉCURITÉ SOCIALE + MGEN ⁽¹⁾
100% SANTÉ	PANIER « 100% SANTÉ » Soins et prothèses totalement remboursés⁽⁴⁾			
	Bridge dento-porté	70%	Remboursement total de la dépense engagée. Pour un traitement et un tarif définis par les pouvoirs publics.	
	Inlay-core et couronne définitive (sur dent visible ou non visible)			
	Couronne transitoire dento-portée			
	Appareil amovible en résine			
	Réparations sur appareil amovible en résine			
HORS PANIER « 100% SANTÉ » Soins et prothèses				
Soins				
Soins dentaires, consultations et soins conservateurs ou chirurgicaux remboursables par la Sécurité sociale réalisés par un médecin stomatologue ou par un chirurgien-dentiste.	70%	30%	100%	
Inlay-onlay remboursé par la Sécurité sociale		30%	100%	
Prothèses				
Prestations remboursées par la Sécurité sociale				
Inlay-core	70%	30%	100%	
Prothèses dentaires				
Rebasage, réparation, adjonction, renfort				
Orthodontie				
Traitements remboursés par la Sécurité sociale				
Traitement actif (par semestre)	100%	25%	125%	
1 ^{ère} année de contention	100%	Néant	100%	
2 ^{ème} année de contention et autres soins d'orthodontie	70%	30%	100%	
Prestations non remboursées par la Sécurité sociale				
Traitement actif d'orthodontie ou 1 ^{ère} année de contention pour les plus de 16 ans (par semestre)	Non pris en charge	70%	70%	
Implantologie				
Actes d'implantologie remboursés ou non par la Sécurité sociale	70% / Non pris en charge	30%/100%	100%	
Couronne sur implant remboursée par la Sécurité sociale	70%	30%	100%	
Implant racine remboursé ou non par la Sécurité sociale (maximum 2 implants par année civile)	70% / Non pris en charge	30% si remboursement Sécurité sociale	100% si remboursement Sécurité sociale	

(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.

	AIDES AUDITIVES	SÉCURITÉ SOCIALE ⁽¹⁾	MGEN BASE SANTÉ ⁽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			Remboursement total de la dépense engagée. Pour des aides auditives et des tarifs définis par les pouvoirs publics
Mutualiste de plus de 20 ans	60%			
	HORS PANIER « 100% SANTÉ » Équipements			
	Mutualiste de plus de 20 ans ⁽⁵⁾	60%	40%	100%
	Frais d'entretien et réparation			
	Piles, écouteurs, microphones et embouts remboursés par la Sécurité sociale (par oreille et par an)	60%	40%	100%
	Bilan acoustique du nouveau-né	Non pris en charge	23 €	23 €

(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 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.

OPTIQUE			SÉCURITÉ SOCIALE ⁽¹⁾	MGEN BASE SANTÉ ⁽¹⁾	SÉCURITÉ SOCIALE + MGEN ⁽¹⁾
Lunettes remboursées par la Sécurité sociale					
100% SANTÉ	PANIER « 100% SANTÉ » Équipements (monture et verres) remboursés totalement⁽⁴⁾				
	Verre unifocal (classe A)		60%	Remboursement total de la dépense engagée. Pour un équipement et des tarifs définis par les pouvoirs publics.	
	Verre multifocal ou progressif (classe A)				
	Monture (classe A)				
HORS PANIER « 100% SANTÉ » Équipements (monture et verres)⁽⁴⁾					
			SÉCURITÉ SOCIALE ⁽¹⁾	MGEN BASE SANTÉ ⁽¹⁾	SÉCURITÉ SOCIALE + MGEN ⁽¹⁾⁽⁶⁾
Verre unifocal (classe B)	Faible et moyenne correction (catégorie a)	< 16 ans	60%	40%	100%
		≥ 16 ans		19,97 €	20 €
	Forte correction (catégorie c)	< 16 ans		40%	100%
		≥ 16 ans		84,97 €	85 €
Verre multifocal ou progressif (classe B)	Faible et moyenne correction (catégorie c)	< 16 ans		40%	100%
		≥ 16 ans		84,97 €	85 €
	Forte correction (catégorie f)	< 16 ans		40%	100%
		≥ 16 ans		84,97 €	85 €
Monture (classe B)	< 16 ans	40%	100%		
	≥ 16 ans	29,97 €	30 €		
Lentilles de contact correctrices					
Lentilles de contact prescrites et remboursées par la Sécurité sociale (par œil et par année civile). Prise en charge du Ticket Modérateur après épuisement du forfait			60%	100 € - Remboursement Sécurité sociale	100 €
Lentilles de contact prescrites et non remboursées par la Sécurité sociale (par œil et par année civile)			Non pris en charge		
Autres prestations optiques					
Suppléments optique et prestations d'adaptation et d'appairage remboursés par la Sécurité sociale			60%	40%	100%

(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.

(6) 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 (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.

Harmonie Mutuelle, mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la mutualité, immatriculée au répertoire Sirene sous le numéro Siren 538 518 473, Siège social : 143, rue Blomet - 75015 PARIS.

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.

