

VOS GARANTIES SANTÉ 3 ALTERNATIVE SANTÉ PRÉVOYANCE

Avec MGEN Alternative Santé Prévoyance, vous disposez d'une protection Santé qui vous offre le maximum de garanties, minimise votre reste à charge et intègre des forfaits Médecines douces et Prévention.

Les montants des remboursements sont exprimés en % de la Base de Remboursement de la Sécurité sociale (BRSS) en vigueur au 1^{er} janvier 2019 ou en forfait en euros. Les montants forfaitaires incluent le Ticket Modérateur éventuel mais pas la part du remboursement du régime obligatoire.

MÉDECINE COURANTE	SÉCURITÉ SOCIALE ⁽¹⁾	SÉCURITÉ SOCIALE + MGEN
		MGEN Santé 3
Consultations/Visites médecins généralistes & sages-femmes	70%	100%
Consultations/Visites médecins spécialistes avec OPTAM/OPTAM-CO	70%	200%
Consultations/Visites médecins spécialistes hors OPTAM/OPTAM-CO	70%	180%
Actes Techniques avec OPTAM/OPTAM-CO	70%	125%
Actes Techniques hors OPTAM/OPTAM-CO	70%	100%
Radiologie avec OPTAM/OPTAM-CO	70%	125%
Radiologie hors OPTAM/OPTAM-CO	70%	100%
Analyses - actes de laboratoire	60%	125%
Auxiliaires médicaux (masseurs-kinésithérapeutes, infirmiers, pédicures, podologues, orthophonistes, orthoptistes)	60%	125%
Participation forfaitaire visée par l'article R. 160-16 du Code de la Sécurité sociale	Non pris en charge	100% FR ⁽²⁾
Psychothérapie (20 séances max/an)	Non pris en charge	20€/séance
PHARMACIE	SÉCURITÉ SOCIALE	SÉCURITÉ SOCIALE + MGEN
		MGEN Santé 3
Médicaments à service médical important et honoraires de dispensation	65%	100%
Médicaments à service médical modéré et honoraires de dispensation	30%	100%
Médicaments à service médical faible et honoraires de dispensation	15%	100%
Vaccinations remboursées par la Sécurité sociale	65%	100%
Substituts nicotiniques remboursés par la Sécurité sociale	65%	100%
FORFAIT MÉDECINES DOUCES	SÉCURITÉ SOCIALE	SÉCURITÉ SOCIALE + MGEN
		MGEN Santé 3
Ostéopathe	Non pris en charge	150€/an
Chiropracteur		
Acupuncteur	70%/non pris en charge	
Homéopathe non remboursé	Non pris en charge	
Diététicien		
FORFAIT PRÉVENTION	SÉCURITÉ SOCIALE	SÉCURITÉ SOCIALE + MGEN
		MGEN Santé 3
Contraception/Tests de grossesse	Non pris en charge	150€/an
Vaccins prescrits		
Bilan psychomotricité		
Ostéodensitométrie		

⁽¹⁾ La mutuelle ne couvre les dépassements d'honoraires qu'en cas de respect du parcours de soins coordonnés.

⁽²⁾ FR : Frais Réels engagés par l'adhérent.

HOSPITALISATION	SÉCURITÉ SOCIALE ⁽¹⁾	SÉCURITÉ SOCIALE + MGEN	
		MGEN Santé 3	
Frais de séjour	80%/100%	100% FR ⁽²⁾	
Forfait journalier	Non pris en charge	100% FR ⁽²⁾	
Honoraires médicaux et chirurgicaux avec OPTAM/OPTAM-CO	80%/100%	200%	
Honoraires médicaux et chirurgicaux hors OPTAM/OPTAM-CO	80%/100%	175%	
Participation forfaitaire visée par l'article R. 160-16 du Code de la Sécurité sociale	Non pris en charge	100% FR ⁽²⁾	
Chambre particulière avec nuitée en unité de Médecine, Chirurgie, Obstétrique et Maternité ⁽³⁾		50€/nuitée	
Chambre particulière en ambulatoire ⁽³⁾		25€	
Lit d'accompagnement		25€/nuitée	
Frais de transport pris en charge par la Sécurité sociale	65%	100%	
Plafond annuel pour les soins réalisés à l'étranger	-	100 000€	

OPTIQUE	SÉCURITÉ SOCIALE	SÉCURITÉ SOCIALE + MGEN	
		MGEN Santé 3	
Lentilles remboursées et non remboursées par la Sécurité sociale	60 %	40%	+ 170€/an
	Non pris en charge	Non pris en charge	
Chirurgie réfractive de l'œil	Non pris en charge	400€/œil	
Verres unifocaux adulte ⁽⁴⁾ (à partir de 18 ans)			
Faible ou moyenne correction (simples, classe A)	60%	150€	
Forte correction (complexes, classe B)	60%	320€	
Verres multifocaux adulte ⁽⁴⁾ (à partir de 18 ans)			
Faible ou moyenne correction (simples et complexes, classe B)	60%	320€	
Forte correction (très complexes, classe C)	60%	400€	
Monture adulte (à partir de 18 ans)	60%	90€	
Verres unifocaux enfant ⁽⁴⁾ (moins de 18 ans)			
Faible ou moyenne correction (simples, classe A)	60%	150€	
Forte correction (complexes, classe B)	60%	320€	
Verres multifocaux enfant ⁽⁴⁾ (moins de 18 ans)			
Faible ou moyenne correction (simples et complexes, classe B)	60%	320€	
Forte correction (très complexes, classe C)	60%	320€	
Monture enfant (moins de 18 ans)	60%	45€	

⁽¹⁾ Dans le cadre du parcours de soins coordonnés.

⁽²⁾ FR : Frais Réels engagés par l'adhérent ; Frais de séjour : concerne les établissements conventionnés avec la Sécurité sociale.

⁽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 dans le tableau ci-dessus.

⁽⁴⁾ Montants pour deux verres ; pour les corrections mixtes, prestation versée par verre à hauteur de la moitié de chaque forfait de référence.

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'adhésion.

À 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'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 plannings 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.

Quand le Membre Participant ou le bénéficiaire a recours à un opticien lunetier partenaire du réseau OPTISTYA ou e-OPTISTYA, il bénéficie de tarifs négociés (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 des prestations définies ci-dessus. Les coordonnées des opticiens partenaires du réseau OPTISTYA ou e-OPTISTYA sont disponibles auprès de la Mutuelle ou sur l'Espace personnel sur le site mgen.fr.

DENTAIRE	SÉCURITÉ SOCIALE	SÉCURITÉ SOCIALE + MGEN
		MGEN Santé 3
Soins dentaires	70%	100%
Inlay/Onlay	70%	300%
Prothèses dentaires (y compris inlay-core)	70%	300%
Implants dentaires	Non pris en charge	750€/an
Orthodontie enfant	70%/100%	300%
Parodontologie	70%/non pris en charge	100€/an

Quand le Membre Participant ou son bénéficiaire a recours à un centre dentaire mutualiste, il bénéficie d'un panier de soins à tarifs négociés et de la dispense d'avance de frais, dans la limite des prestations définies ci-dessus.

PROTHÈSES NON DENTAIRES	SÉCURITÉ SOCIALE	SÉCURITÉ SOCIALE + MGEN
		MGEN Santé 3
Accessoires et pansements, petits appareillages et orthopédie	60%	100%
Semelles orthopédiques remboursées par la Sécurité sociale	60%	200%
Prothèses auditives (par prothèse) ⁽⁵⁾	60%	800€
Entretien et réparation	60%	100% + 50€/an
Autres prothèses (oculaires, mammaires, capillaires) remboursées par la Sécurité sociale	60%/100%	100%

CURE THERMALE	SÉCURITÉ SOCIALE	SÉCURITÉ SOCIALE + MGEN
		MGEN Santé 3
Frais de surveillance médicale	70%	100%
Frais d'hébergement (par cure)	65%	150€

⁽⁵⁾ Les prothèses auditives sont remboursées par la mutuelle exclusivement en complément du régime obligatoire d'assurance maladie. Quand le Membre Participant ou son bénéficiaire a recours à un audioprothésiste partenaire du réseau AUDISTYA, il bénéficie de tarifs négociés et de la dispense d'avance de frais sur l'achat des prothèses auditives externes, dans la limite des prestations définies ci-dessus.
Les coordonnées des audioprothésistes partenaires du réseau AUDISTYA sont disponibles auprès de la Mutuelle ou sur l'Espace personnel sur le site mgen.fr.

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.