

GROUPE MGEN

Acteur global de santé, **MGEN agit au quotidien pour la qualité et la satisfaction de ses assurés, adhérents et patients**, en s'adaptant, encore et toujours, aux besoins, aux attentes et aux comportements.

Avoir l'assurance d'être bien protégé, c'est vivre en toute confiance. Santé, soins, prévoyance, services... et prévention, MGEN protège plus de 4 millions de personnes.

POUR EN SAVOIR PLUS



mgen.fr

Votre Espace personnel
consultable 24h/24



Venez nous
rencontrer dans
votre agence BRED

Connectez-vous

- Sur **Twitter @MGENetvous**, pour poser toutes vos questions pratiques.
- Le **Forum mgen.fr**, ouvert à tous, permet de s'informer sur les offres et services et d'échanger en toute liberté.

Composez le

0 806 060 211 Service gratuit
+ prix appel

Depuis :

- **la Métropole** : du lundi au vendredi de 8h à 22h* et le samedi de 8h à 17h.
- **les Antilles** : du lundi au vendredi de 6h à 16h et le samedi de 6h à 11h.
- **la Guyane** : du lundi au vendredi de 6h à 17h et le samedi de 6h à 12h.
- **la Réunion** : du lundi au vendredi de 11h à 00h et le samedi de 11h à 19h.

Depuis l'étranger, coût d'un appel
international : + 33 (0) 1 41 82 26 00
du lundi au vendredi de 8h à 22h
et le samedi de 8h à 17h**

* De 9h à 18h pour les non abonnés BRED Direct Services.
** Heures Métropole.



GROUPE **vyv**



La BRED propose l'Offre Efficience Santé au travers d'un contrat collectif N° CGSF 202 218 091 souscrit auprès de MGEN. MGEN, Mutuelle Générale de l'Éducation Nationale, mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la mutualité, immatriculée sous le numéro SIREN 775 685 399 - Siège social : 3 square Max Hymans 75748 PARIS CEDEX 15.
BRED Banque Populaire - Société anonyme coopérative de banque populaire régie par les articles L 512-2 et suivants du Code monétaire et financier et l'ensemble des textes relatifs aux banques populaires et aux établissements de crédit au capital de 1 361 627 925,30 euros - 552091795 RCS PARIS - APE 6419 Z - Siège social : 18, quai de la Rapée 75012 PARIS. Numéro d'immatriculation auprès de l'Organisme pour le registre des intermédiaires en assurances (ORIAS) : 07 003 608. Vous pouvez vérifier cette information auprès de l'ORIAS dont le siège est situé au 1, rue Jules Lefebvre 75009 PARIS ou sur son site internet : www.orias.fr.
Document publicitaire n'ayant pas de valeur contractuelle. Les conditions de garanties figurent dans la notice d'information.

www.antigel.agency - 02016 - Février 2020 - © Gettyimages - Ce document est non contractuel - Réf.: GUIDEGAREFSEDEC_0120

Garanties Santé



EFFICIENCE
SANTÉ
DÉCOUVERTE



LA RÉFORME
100% SANTÉ
C'EST COMPRIS
AVEC MGEN !



GROUPE **vyv**

Les montants des remboursements sont exprimés en % de la Base de Remboursement de la Sécurité sociale (BRSS) en vigueur au 1^{er} janvier 2020 ou en forfait en euros.

SOINS COURANTS	SÉCURITÉ SOCIALE ⁽¹⁾	EFFICIENCE SANTÉ DÉCOUVERTE	SÉCURITÉ SOCIALE + MGEN
Honoraires médicaux			
Consultations/Visites de médecins généralistes	70%	30%	100%
Consultations/Visites de médecins spécialistes			
Actes techniques (hors imagerie médicale, radiologie, échographie...)			
Imagerie médicale, radiologie, échographie...			
Honoraires paramédicaux			
Honoraires des auxiliaires médicaux			
Infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, pédicures, podologues, orthophonistes, orthoptistes	60%	40%	100%
Analyses et examens de laboratoire			
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%	70%	100%

HOSPITALISATION	SÉCURITÉ SOCIALE ⁽¹⁾	EFFICIENCE SANTÉ DÉCOUVERTE	SÉCURITÉ SOCIALE + MGEN
Honoraires médicaux et chirurgicaux			
Honoraires médicaux	80%	20%	100%
Forfait journalier hospitalier			
Forfait journalier hospitalier	Non pris en charge		Frais réels
Hébergement et frais de séjour			
Frais de séjour	80%	20%	100%
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			
Prestation conventionnelle quand le mutualiste a recours à un établissement conventionné avec MGEN ⁽²⁾	Non pris en charge		38,50€/nuitée

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.

(2) 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 ⁽¹⁾	EFFICIENCE SANTÉ DÉCOUVERTE	SÉCURITÉ SOCIALE + MGEN
PANIER « 100 % SANTÉ » Soins et prothèses totalement remboursés ⁽³⁾			
Couronne définitive (sur dent visible ou non visible)	70%		Remboursement total de la dépense engagée. Pour un traitement et un tarif définis par les pouvoirs publics.
Inlay core (avec ou sans clavette)			
Bridge dento-porté			
Couronne transitoire dento-portée			
HORS PANIER « 100 % SANTÉ » Soins et prothèses			
Soins			
Soins conservateurs, consultation, chirurgie, radiologie remboursés par la Sécurité sociale	70%	30%	100%
Inlay-onlay remboursé par la Sécurité sociale	70%	100€ sous déduction du remboursement réalisé par la Sécurité sociale	100€
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%	377€ sous déduction du remboursement réalisé par la Sécurité sociale	377€
Couronne définitive sur dent non visible (molaire) - couronne céramo-métallique	70%	215€ sous déduction du remboursement réalisé par la Sécurité sociale	215€
- couronne céramo-céramique	70%	159€ sous déduction du remboursement réalisé par la Sécurité sociale	159€

OPTIQUE	SÉCURITÉ SOCIALE ⁽¹⁾	EFFICIENCE SANTÉ DÉCOUVERTE	SÉCURITÉ SOCIALE + MGEN ⁽⁴⁾
Lunettes			
PANIER « 100 % SANTÉ » Équipements (monture et verres) remboursés totalement ⁽³⁾			
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)			

(1) Taux de prise en charge par la Sécurité sociale donnés à titre indicatif.

(3) Tel que défini réglementairement.

(4) Les prestations indiquées incluent la part de la Sécurité sociale. Les % sont appliqués sur la base de remboursement de la Sécurité sociale (BRSS). Celle-ci est disponible sur ameli.fr

Quand le mutualiste a recours à un opticien partenaire Kalixia optique ou e-Optysta, 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.

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).

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 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 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) :

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 dans le respect du contrat responsable. 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.