

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.amel.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.

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



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.

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.



GROUPE **vyv**



La BRED propose l'Offre Efficience Santé à 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.

Garanties Santé

EFFICIENCE
SANTÉ
EXTENSION

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

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 EXTENSION	SÉCURITÉ SOCIALE + MGEN
Honoraires médicaux			
Consultations/Visites de médecins généralistes	70%	30%	100%
Consultations/Visites de médecins spécialistes	70%	OPTAM/OPTAM-CO⁽²⁾ : 80%	OPTAM/OPTAM-CO⁽²⁾ : 150%
		Non OPTAM/ Non OPTAM-CO⁽²⁾ : 60%	Non OPTAM/ Non OPTAM-CO⁽²⁾ : 130%
Actes techniques (hors imagerie médicale, radiologie, échographie...)	70%	OPTAM/OPTAM-CO⁽²⁾ : 80%	OPTAM/OPTAM-CO⁽²⁾ : 150%
		Non OPTAM/ Non OPTAM-CO⁽²⁾ : 60%	Non OPTAM/ Non OPTAM-CO⁽²⁾ : 130%
Imagerie médicale, radiologie, échographie...	70%	30%	100%
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%
Médicaments prescrits non remboursés par la Sécurité sociale (hors homéopathie)	Non pris en charge		20 €/année civile

+ MGEN	AUTRES SOINS	SÉCURITÉ SOCIALE ⁽¹⁾	EFFICIENCE SANTÉ EXTENSION	SÉCURITÉ SOCIALE + MGEN
	Ostéopathie/chiropraxie	Non pris en charge		20 €/séance (4 séances maximum/année civile)
	PRÉVENTION	SÉCURITÉ SOCIALE ⁽¹⁾	EFFICIENCE SANTÉ EXTENSION	SÉCURITÉ SOCIALE + MGEN
Contraception non remboursée (féminine et masculine)	Non pris en charge		60 €/année civile	
Forfait du voyageur (vaccins et médicaments prescrits non remboursés par la Sécurité sociale)	Non pris en charge		30 €/année civile	
FORFAIT PRÉVENTION ÉQUILIBRE	SÉCURITÉ SOCIALE ⁽¹⁾	EFFICIENCE SANTÉ EXTENSION	SÉCURITÉ SOCIALE + MGEN	
Psychothérapie	Non pris en charge		150 €/année civile	
Diététique				

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) 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-obstétricien) prévus par la Convention nationale du 25 août 2016, applicable aux médecins libéraux de ceux des médecins non adhérents.

HOSPITALISATION	SÉCURITÉ SOCIALE ⁽¹⁾	EFFICIENCE SANTÉ EXTENSION	SÉCURITÉ SOCIALE + MGEN
Honoraires médicaux et chirurgicaux			
Honoraires médicaux	80%	OPTAM/OPTAM-CO⁽²⁾ : 70%	OPTAM/OPTAM-CO⁽²⁾ : 150%
		Non OPTAM/ Non OPTAM-CO⁽²⁾ : 50%	Non OPTAM/ Non OPTAM-CO⁽²⁾ : 130%
Forfait journalier hospitalier			
Forfait journalier hospitalier	Non pris en charge		Frais réels
Hébergement et frais de séjour			
Frais de séjour	80%	20%	100%
Chambre particulière			
Prestation conventionnelle ⁽³⁾ quand le mutualiste a recours à un établissement conventionné avec MGEN			
Chambre particulière en court séjour (médecine, chirurgie, obstétrique)	Non pris en charge		45 €/nuitée
Chambre particulière en maternité		50 €/nuitée	
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 ⁽³⁾	Non pris en charge		38,50 €/nuitée

DENTAIRE	SÉCURITÉ SOCIALE ⁽¹⁾	EFFICIENCE SANTÉ EXTENSION	SÉCURITÉ SOCIALE + MGEN
PANIER « 100% SANTÉ » Soins et prothèses totalement remboursés⁽⁴⁾			
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%	170 € sous déduction du remboursement réalisé par la Sécurité sociale	170 €
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%	406 € sous déduction du remboursement réalisé par la Sécurité sociale	406 €
Couronne définitive sur dent non visible (molaire) - couronne céramo-métallique	70%	244 € sous déduction du remboursement réalisé par la Sécurité sociale	244 €
- couronne céramo-céramique	70%	304 € sous déduction du remboursement réalisé par la Sécurité sociale	304 €
Orthodontie			
Traitements remboursés par la Sécurité sociale			
Traitement actif (par semestre)	100%	247,50 €	441 €
Implantologie			
Prothèse remboursée par la Sécurité sociale			
Couronne sur implant	70%	197,25 € dans la limite de 2 couronnes sur 2 années civiles puis 107,50 € sur les suivantes sous déduction du remboursement réalisé par la Sécurité sociale	197,25 € dans la limite de 2 couronnes sur 2 années civiles puis 107,50 € sur les suivantes
Implant non remboursé par la Sécurité sociale			
Implant	Non pris en charge	518 €/implant (limité à 2 implants sur 2 années civiles)	

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

(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-obstétricien) prévus par la Convention nationale du 25 août 2016, applicable aux médecins libéraux de ceux des médecins non adhérents.

(3) 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.

(4) Tel que défini réglementairement.

AIDES AUDITIVES	SÉCURITÉ SOCIALE ⁽¹⁾	EFFICIENCE SANTÉ EXTENSION	SÉCURITÉ SOCIALE + MGEN
Mutualiste de plus de 20 ans ⁽⁵⁾	60%	680 €	890 €
ALLOCATION NOUVEL ENFANT			
Allocation nouvel enfant	Non pris en charge		200 €/enfant mutualiste

OPTIQUE	SÉCURITÉ SOCIALE ⁽¹⁾	EFFICIENCE SANTÉ EXTENSION	SÉCURITÉ SOCIALE + MGEN ⁽⁶⁾
Lunettes			
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)			

			SÉCURITÉ SOCIALE ⁽¹⁾	PRESTATIONS DANS KALIXIA OPTIQUE ⁽⁷⁾ Montant hors prise en charge Sécurité sociale	PRESTATIONS DANS KALIXIA OPTIQUE ⁽⁷⁾ Montant incluant la prise en charge Sécurité sociale
Verre unifocal (classe B)	Faible et moyenne correction (catégorie a)	< 16 ans	60%	59,97 €	60 €
		≥ 16 ans		69,97 €	70 €
Verre multifocal ou progressif (classe B)	Faible et moyenne correction (catégorie c)	≥ 16 ans		139,97 €	140 €
		< 16 ans		44,97 €	45 €
Monture (classe B)		< 16 ans		69,97 €	70 €
		≥ 16 ans			
Lentilles de contact correctrices					
Non remboursées par la Sécurité sociale (par œil et par année civile)			Non pris en charge		65 €

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

(4) Tel que défini réglementairement.

(5) Quand le mutualiste a recours à un audioprothésiste partenaire AUDISTYA, 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.

(6) 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 amelif.fr

(7) Quand le mutualiste a recours à un opticien partenaire Kalixia optique ou e-Optista, 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.