



mgen[★]

GRUPE **vyv**

MGEN
INTERNATIONAL
SANTÉ
PRÉVOYANCE

GARANTIES **MGEN OUTREMER**

**SUIVEZ
LE
GUIDE !**

SANTÉ
PRÉVOYANCE
ASSISTANCE
ACTION SOCIALE

POUR TIRER LE MEILLEUR DE VOS GARANTIES MGEN OUTREMER SUIVEZ LE GUIDE !

Avec MGEN, votre couverture MGEN Outremer n'a plus de secret pour vous.

Le Guide se découpe en 4 grands volets : santé, prévoyance, solutions d'assistance, action sociale. Chaque partie comprend une double page d'introduction où vous trouverez, sous forme synthétique, les principaux avantages de votre protection, une aide de lecture des garanties et des conseils pour bénéficier des bonnes prestations au bon moment.

Envie d'aller plus loin ? Reportez-vous au détail de vos garanties et prises en charge dans les pages suivantes.

VOS GARANTIES SANTÉ

Pour être bien remboursé de la tête aux pieds



Dans une Collectivité d'outre-mer page 6



En France métropolitaine et dans les DROM page 10

Médecins, pharmacie, hospitalisation, dents, lunettes : MGEN vous dit tout sur les remboursements de votre protection Santé. Avec, en bonus, le service de téléconsultation médicale MesDocteurs.

PAGE 4



VOS GARANTIES PRÉVOYANCE

Pour préserver vos revenus en cas de coup dur

En plus de la santé, MGEN vous couvre aussi en cas d'arrêt de travail, d'invalidité, de décès ou de dépendance. Tout ce que vous devez savoir sur les aides pour maintenir votre niveau de vie.

PAGE 14



VOS GARANTIES ASSISTANCE

Pour vous aider dans les situations d'urgence

En cas de coup dur, découvrez les garanties d'assistance MGEN qui vous aident à faire face : transport sanitaire, retour des bénéficiaires, avances de fonds pour des dépenses imprévues, envoi de médicaments, soutien et organisation en cas de décès, etc.

PAGE 22



VOS AIDES SOLIDAIRES

Pour vous soutenir en cas de situation financière difficile

Chez MGEN, l'entraide n'est pas une option. Zoom sur les aides financières auxquelles vous pouvez avoir droit si vous rencontrez une situation de fragilité.

PAGE 26

UN BESOIN ? UNE QUESTION ?



POUR SUIVRE VOS REMBOURSEMENTS ET EFFECTUER TOUTES VOS DÉMARCHES

- Espace personnel sur mgen.fr
- Appli mobile MGEN sur Android et iOS



Tout le détail de vos services en ligne page 28



POUR NOUS CONTACTER



Espace personnel sur mgen.fr



+33 (0)2 49 79 00 05
Service gratuit
* prix appel vers la France métropolitaine



Twitter @MGENetvous



Facebook MGEN



Forum mgen.fr

VOS GARANTIES SANTÉ EN CLAIR

MA PROTECTION SANTÉ, ELLE COUVRE QUOI ?

LES AVANTAGES DE LA COUVERTURE SANTÉ MGEN OUTREMER

Que vous résidiez dans une collectivité d'outre-mer ou que vous soyez de passage en France métropolitaine ou dans un DROM, MGEN Outremer vous propose une protection qui prend en compte le coût des soins de santé où que vous soyez. Une couverture idéale pour vous, pour votre famille et pour votre portefeuille !



LES SOINS COURANTS

Médecin généraliste ou spécialiste, médicaments, analyses en laboratoire, radiologie : tous les soins essentiels sont couverts par votre offre MGEN.



LES FRAIS D'HOSPITALISATION

En cas de maladie ou d'accident, vos dépenses liées à l'**hospitalisation sont efficacement remboursées** et vos frais maîtrisés, quels que soient les prestations et l'établissement (pour la France métropolitaine, les DROM et les COM) et exclusivement dans les établissements agréés MGEN (pour les pays étrangers).



LES YEUX, LES DENTS, LES OREILLES

Des soins de qualité en optique, dentaire et audiologie où que vous soyez dans le monde. Le tout avec des avantages tarifaires optimisés si vous êtes en France métropolitaine et dans les DROM grâce **aux réseaux agréés ou conventionnés** et à la dispense d'avance de frais avec le tiers payant.



LES MÉDECINES DOUCES

Vous préférez vous soigner autrement ? Votre protection MGEN intègre un forfait qui prend en charge une partie de vos consultations en médecines douces.



J'AI BESOIN DE CONSULTER UN MÉDECIN RAPIDEMENT, JE FAIS COMMENT ?



UNE TÉLÉCONSULTATION MÉDICALE ACCESSIBLE OÙ QUE VOUS SOYEZ DANS LE MONDE

Médecine générale, psychiatrie, ophtalmologie, dentaire, gynécologie, dermatologie : mise à votre service par MGEN **via votre Espace personnel**, la plateforme de téléconsultation couvre la plupart des spécialités de santé dont vous pouvez avoir besoin.

Consultations en direct par chat ou visio 24h/24 et 7j/7 où que vous soyez.

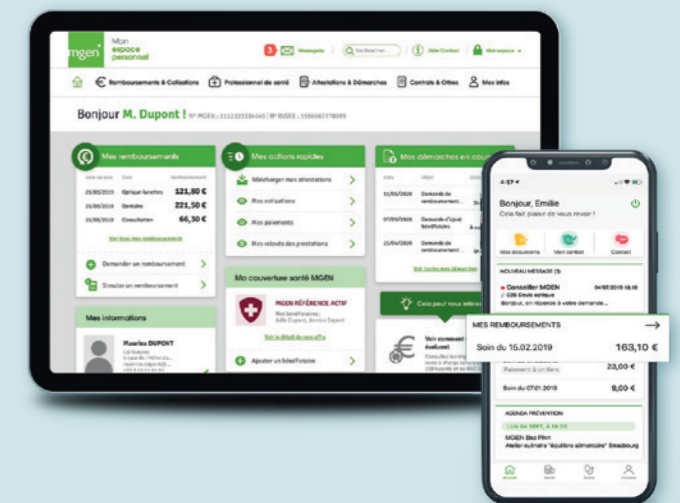
Médecins et spécialistes agréés enregistrés au Conseil National de l'Ordre des Médecins.

Téléconsultations sécurisées et intégralement prises en charge par MGEN.

COMMENT ACCÉDER À MES REMBOURSEMENTS ?

Rien de plus simple, il suffit de consulter **votre Espace personnel sur mgen.fr ou sur l'application** :

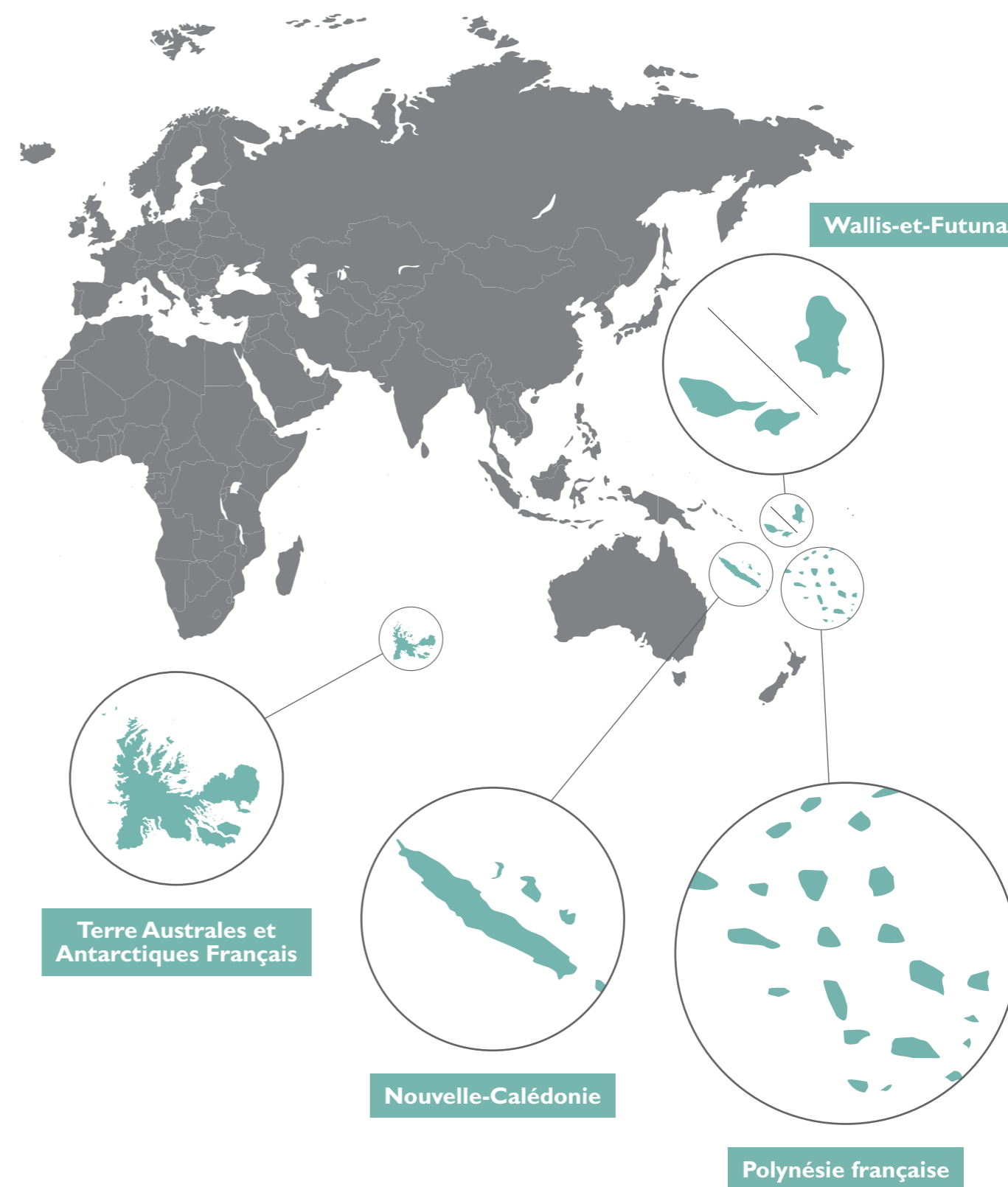
tous vos remboursements sont affichés en temps réel. Vous pouvez aussi envoyer vos devis pour connaître le montant de la prise en charge. Pratique !





VOS GARANTIES SANTÉ DANS UNE COLLECTIVITÉ D'OUTRE-MER

Le coût des soins n'est pas le même partout dans le monde. Et les conséquences sur votre portefeuille peuvent être considérables. C'est pourquoi MGEN a conçu une offre qui prend en compte le coût des soins santé dans votre collectivité d'outre-mer.





VOS GARANTIES SANTÉ DANS UNE COLLECTIVITÉ D'OUTRE-MER

Vous retrouvez sur les tableaux suivants le détail de vos garanties par poste de soins et selon les actes concernés. Pour chaque acte médical, les prestations sont exprimées en pourcentage des frais réels sous déduction de l'intervention de l'Organisme Primaire d'Assurance Maladie (OPAM) du Membre Participant. Les forfaits et plafonds incluent le cumul des remboursements perçus par l'adhérent effectués par l'Organisme Primaire d'Assurance Maladie d'une part et la mutuelle au titre du Régime Complémentaire (RC) d'autre part.

GARANTIES ⁽¹⁾	MGEN Outremer		
	Plafond annuel de 23 866 348 XPF		
	Taux de Remboursement (en % des Frais réels)	En francs pacifique	En francs pacifique
HOSPITALISATION⁽¹⁾			
Hospitalisation (Frais de séjour, honoraires médicaux et paramédicaux, produits de santé)	100%	-	-
Maternité (Frais d'accouchement, amniocentèse)	100%	-	596 658 XPF
Chambre particulière (par jour ou nuitée)	100%	7 159 XPF	-
Frais accompagnant (par jour)	100%	3 579 XPF	-
TRANSPORTS SANITAIRES			
Transports sanitaires⁽¹⁾	100%	-	-
SOINS COURANTS			
Médecins généralistes et spécialistes (consultations, visites)	100%	8 353 XPF	-
Psychothérapie	100%	-	59 665 XPF
Pharmacie (médicaments)	100%	-	-
Auxiliaires médicaux	100%	-	95 465 XPF
Actes techniques médicaux (hors dentaire)	100%	-	-
Analyses, biologie médicale	100%	-	-
Radiologie	100%	-	-
Cures thermales	100%	-	238 663 XPF
Forfait « Prévention »	100%	-	11 933 XPF
Forfait « Se soigner autrement »	100%	3 579 XPF	143 19 XPF
Prothèses et matériels médicaux dont audioprothèses	100%	-	107 398 XPF

(1) Pour les soins programmés, notamment en cas d'hospitalisation et de transport sanitaire hospitalier, la mutuelle intervient au titre de la complémentaire santé conformément aux conditions de prise en charge prévues à l'article 19 des Statuts et Règlements mutualistes de l'offre. Les soins hospitaliers ou de transport sanitaire hospitalier programmés en dehors du pays de résidence, de la France métropolitaine, de l'Espace Économique Européen, des DROM et de la Suisse sont couverts par la mutuelle exclusivement sous réserve d'un accord préalable de prise en charge par la mutuelle ou son mandataire.

GARANTIES ⁽¹⁾	MGEN Outremer		
	Plafond annuel de 23 866 348 XPF		
	Taux de Remboursement (en % des Frais réels)	En francs pacifique	En francs pacifique
OPTIQUE MÉDICALE⁽²⁾			
Monture	100%	-	7 159 XPF
Verres	100%	-	41 766 XPF
Lentilles	100%	-	17 899 XPF
Chirurgie réfractive de l'œil	100%	43 556 XPF	87 112 XPF
DENTAIRE			
Soins dentaires	100%	-	-
Prothèses, éléments supplémentaires de bridge et implants (dans la limite de 3 implants par an)	100%	71 599 XPF	-
Bridge 3 éléments et prothèses amovibles	100%	143 198 XPF	-
Orthodontie	100%	-	107 398 XPF

(2) Pour les mutualistes de moins de 6 ans : remboursement limité à l'achat d'un équipement composé d'une monture et de deux verres par période de 6 mois à compter de la date de facturation du dernier élément de l'équipement optique et uniquement en cas de mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage de l'enfant entraînant une perte d'efficacité du verre correcteur.
Pour les mutualistes de 6 ans à 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 adhérents résidant dans une COM bénéficient des prestations conventionnelles prévues dans le cadre des éventuels accords mis en place au sein de ladite COM.

LE BONUS MGEN

ÇA SE PASSE COMMENT SI JE SUIS HOSPITALISÉ À L'ÉTRANGER ?

En cas d'hospitalisation, MGEN met à votre service un réseau d'établissements agréés MGEN International. Sélectionnés pour la qualité de leurs soins et la maîtrise des tarifs, ils vous permettent de bénéficier d'un reste à charge nul ou limité, où que vous soyez dans le monde.

Sous certaines conditions, et dans les établissements du réseau MGEN International, vous serez dispensé de l'avance de vos frais médicaux :

En cas d'hospitalisation, MGEN International effectue le paiement direct et total* des frais médicaux et de séjour aux seuls établissements validés et labellisés (dans le respect des conditions contractuelles).

TRÈS IMPORTANT

• Avant toute hospitalisation en dehors de la France métropolitaine, des DROM et des COM, contactez MGEN International au +33 (0)5 49 76 66 76 pour la prise en charge de vos soins.

• Et pour plus d'efficacité dans la prise en charge programmée de votre hospitalisation (72 heures a minima avant l'intervention), connectez-vous sur votre Espace personnel pour compléter le formulaire d'entente préalable en précisant votre numéro de bénéficiaire MGEN.

BON À SAVOIR

Si vous partez aux États-Unis, en Amérique centrale ou en Amérique latine l'inscription auprès de Healthcase est obligatoire.

Courriel : assistance@healthcaseservices.com

Téléphone : +1 305 893 9433

* Dans la limite des plafonds annuels.

** Avant toute hospitalisation : vous devez appeler préalablement MGEN International afin de bénéficier de la prise en charge et de l'avance des frais. Les adhérents retraités de l'EEE et autres pays doivent être affiliés à l'OPAM local.

Hospitalisation (hors France métropolitaine et DROM) pour les adhérents MGEN International Santé Prévoyance :

	Sécurité sociale gérée par MGEN, la CFE ou une caisse locale	
	Dispense d'avance de frais	Conditions de remboursement
Établissements conventionnés MGEN en Nouvelle-Calédonie, Polynésie française ou Saint-Pierre-et-Miquelon	OUI	Peu ou pas de reste à charge
Dans le réseau MGEN International**	OUI	Peu ou pas de reste à charge
Hors réseau MGEN International	NON	Fort reste à charge possible



VOS GARANTIES SANTÉ EN MÉTROPOLE ET DANS LES DROM

Vous retrouvez sur les tableaux suivants le détail de vos garanties par poste de soins et selon les actes concernés. Pour chaque acte médical, la Sécurité sociale détermine un tarif conventionné auquel est appliqué ensuite un taux de remboursement. La dernière colonne à droite indique le cumul des remboursements de la Sécurité sociale et de votre offre MGEN.

Les montants des remboursements sont exprimés en % de la Base de Remboursement de la Sécurité sociale (BRSS) en vigueur au 1^{er} janvier 2021 ou en forfait en euros.

SOINS COURANTS	SÉCURITÉ SOCIALE ⁽¹⁾	MISP ⁽¹⁾	SÉCURITÉ SOCIALE + MGEN ⁽¹⁾
Honoraires médicaux			
Consultations/Visites de médecins généralistes	70%	30%	100%
Consultations/Visites de médecins spécialistes			
Actes techniques dont radiologie			
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%
Matériel médical			
Semelles orthopédiques remboursées par la Sécurité sociale	60%	170%	230%

FORFAIT SE SOIGNER AUTREMENT	SÉCURITÉ SOCIALE ⁽¹⁾	MISP ⁽¹⁾	SÉCURITÉ SOCIALE + MGEN ⁽¹⁾
Ostéopathie	Non pris en charge	80€/année civile avec un maximum de 40€ par séance	
Acupuncture	70%/Non pris en charge		
Homéopathie non remboursée par la Sécurité sociale ⁽²⁾	Non pris en charge		
Consultations diététicien			
Chiropraxie			
Psychothérapie (20 séances maximum par année civile)		15€ par séance	
PRÉVENTION			
Contraception non remboursée (féminine et masculine)/Tests de grossesse	Non pris en charge	75€/année civile	
Vaccins prescrits non remboursés par la Sécurité sociale			
Dépistage Prénatal Non Invasif (DPNI)/Amniocentèse	60%	183€/acte	Remboursement Sécurité sociale pour le DPNI + 183€/acte

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) La limite de 40€ par séance ne s'applique pas à l'homéopathie.

LE BONUS MGEN

ET SI JE VEUX ENCORE RÉDUIRE MA FACTURE SANTÉ ?

MGEN met à votre disposition des hôpitaux conventionnés, ce qui signifie l'accès à des soins de qualité avec la garantie d'un reste à charge minimum et sans avance de frais dans plus de 2 000 établissements hospitaliers. Pour en savoir plus sur les réseaux de soins MGEN et trouver un professionnel de santé près de chez vous, rendez-vous sur votre Espace personnel.

HOSPITALISATION	SÉCURITÉ SOCIALE ⁽¹⁾	MISP ⁽¹⁾	SÉCURITÉ SOCIALE + MGEN ⁽¹⁾
Honoraires médicaux et chirurgicaux			
Honoraires médicaux	80%	OPTAM/OPTAM-CO ⁽³⁾ : 70% Non OPTAM/Non OPTAM-CO ⁽³⁾ : 50%	OPTAM/OPTAM-CO ⁽³⁾ : 150% Non OPTAM/Non OPTAM-CO ⁽³⁾ : 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 ⁽⁴⁾ quand le mutualiste a recours à un établissement conventionné avec MGEN			
Chambre particulière en soins de suite et de réadaptation	Non pris en charge	Prestation conventionnelle ⁽⁴⁾ 35€/jour	
		Prestation non conventionnelle 18,50€/jour	
Chambre particulière en psychiatrie		Prestation conventionnelle ⁽⁴⁾ 40€/jour	
		Prestation non conventionnelle 30€/jour	
Chambre particulière en court séjour (médecine, chirurgie, obstétrique)		Prestation conventionnelle ⁽⁴⁾ 45€/jour	
		Prestation non conventionnelle 33€/jour	
Chambre particulière en maternité		Prestation conventionnelle ⁽⁴⁾ 50€/jour	
		Prestation non conventionnelle 33€/jour	
Chambre particulière en chirurgie ambulatoire avec anesthésie (sans nuitée)		Prestation conventionnelle uniquement ⁽⁴⁾ 15€	
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	Non pris en charge	Prestation conventionnelle ⁽⁴⁾ 38,50€/nuitée Prestation non conventionnelle 25€/nuitée	

DENTAIRE	SÉCURITÉ SOCIALE ⁽¹⁾	MISP ⁽¹⁾	SÉCURITÉ SOCIALE + MGEN ⁽¹⁾
PANIER « 100% SANTÉ » Soins et prothèses totalement remboursés⁽⁵⁾			
100% SANTÉ	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		
	Appareil amovible en résine		
	Réparations sur appareil amovible en résine		

- (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) La limite de 40€ par séance ne s'applique pas à l'homéopathie.
- (3) 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.
- (4) 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.
- (5) Tel que défini réglementairement.



VOS GARANTIES SANTÉ EN MÉTROPOLE ET DANS LES DROM

DENTAIRE	SÉCURITÉ SOCIALE ⁽¹⁾	MISP ⁽¹⁾	SÉCURITÉ SOCIALE + MGEN ⁽¹⁾
HORS PANIER « 100% SANTÉ » Soins et prothèses			
Soins			
Soins conservateurs, consultations, chirurgie, radiologie remboursés par la Sécurité sociale	70%	30%	100%
Inlay-onlay remboursé par la Sécurité sociale	70%	150 € sous déduction du remboursement réalisé par la Sécurité sociale	150 €
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%	420 € sous déduction du remboursement réalisé par la Sécurité sociale	420 €
Couronne définitive sur dent non visible (molaire) - couronne céramo-métallique - couronne céramo-céramique	70%	216 € sous déduction du remboursement réalisé par la Sécurité sociale	216 €
Orthodontie			
Traitements remboursés par la Sécurité sociale			
Traitement actif (par semestre)	100%	348,50 €	542 €
Implantologie			
Couronne sur implant	70%	200 € dans la limite de 2 couronnes sur 2 années civiles puis 161,25 € sur les suivantes sous déduction du remboursement réalisé par la Sécurité sociale	200 € dans la limite de 2 couronnes sur 2 années civiles puis 161,25 € sur les suivantes
Implant non remboursé par la Sécurité sociale			
Implant	Non pris en charge	500 €/implant (limité à 2 implants sur 2 années civiles)	

AIDES AUDITIVES	SÉCURITÉ SOCIALE ⁽¹⁾	MISP ⁽¹⁾	SÉCURITÉ SOCIALE + MGEN ⁽¹⁾
PANIER « 100% SANTÉ » Équipements remboursés totalement ⁽⁶⁾			
Mutualiste de 20 ans et moins ou mutualiste atteint de cécité	60%	Remboursement total de la dépense engagée. Pour des aides auditives et des tarifs définis par les pouvoirs publics	
Mutualiste de plus de 20 ans ⁽⁶⁾			
HORS PANIER « 100% SANTÉ » Équipements			
Mutualiste de plus de 20 ans ⁽⁶⁾	60%	500 €	740 €

(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.

(6) 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.

LE BONUS MGEN

POUR AVOIR LE MINIMUM DE RESTE À CHARGE, JE VAIS OÙ ?

Pour vos yeux, vos oreilles, vos dents, vous avez la possibilité de bénéficier des réseaux agréés MGEN et de leurs tarifs avantageux.

Centres Dentaires Mutualistes

La prise en charge optimisée de tous vos soins dentaires et des prothèses de qualité à tarifs maîtrisés auprès de 460 centres dentaires mutualistes.

Kalixia Audio

Un large réseau d'audioprothésistes qui vous permet d'accéder aux dernières innovations à tarifs négociés... sans avance de frais.

Kalixia Optique

Plus de 6 600 opticiens partenaires MGEN : la garantie de la qualité et de la traçabilité, une multitude de services pratiques et la prise en charge de vos lunettes et lentilles avec le tiers payant.

E-Optistya

Vos lunettes et lentilles moins chères en ligne... la même qualité, la rapidité et le tiers payant inclus !

OPTIQUE	SÉCURITÉ SOCIALE ⁽¹⁾	MISP ⁽¹⁾	SÉCURITÉ SOCIALE + MGEN ⁽¹⁾⁽⁷⁾		
Lunettes remboursées par la Sécurité sociale					
PANIER « 100% SANTÉ » Équipements (monture et verres) remboursés totalement ⁽⁵⁾					
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)					
Prestation d'appairage et supplément pour verres teintés					
HORS PANIER « 100% SANTÉ » Équipements (monture et verres)					
Votre offre prévoit également des remboursements en dehors de Kalixia Optique, pour en connaître le montant, référez-vous à votre règlement mutualiste		SÉCURITÉ SOCIALE ⁽¹⁾	PRESTATIONS DANS KALIXIA OPTIQUE ⁽⁸⁾ Montant hors prise en charge Sécurité sociale	PRESTATIONS DANS KALIXIA OPTIQUE ⁽⁸⁾ Montant incluant la prise en charge Sécurité sociale	
Verre unifocal (classe B)	Faible et moyenne correction (catégorie a)	< 16 ans ≥ 16 ans	60%	44,97 € 44,97 €	45 € 45 €
Verre multifocal ou progressif (classe B)	Faible et moyenne correction (catégorie c)	≥ 16 ans	60%	119,97 €	120 €
Monture (classe B)		< 16 ans ≥ 16 ans		34,97 € 59,97 €	35 € 60 €
Lentilles de contact correctrices					
Remboursées par la Sécurité sociale (par année civile)			60%		
Prise en charge du Ticket Modérateur après épuisement du forfait				Forfait 110 €	Remboursement Sécurité sociale + forfait 110 €
Non remboursées par la Sécurité sociale (par année civile)			Non pris en charge		
Autres prestations optiques					
Chirurgie réfractive dont kératotomie (par œil et par année civile)			Non pris en charge		365 €

(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.

(5) Tel que défini réglementairement.

(6) 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.

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

(8) Quand le mutualiste a recours à un opticien partenaire Kalixia Optique ou e-Optistya, 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.

L'INSTANT PÉDAGOGIQUE

LES MOTS DE LA SANTÉ DÉCRYPTÉS

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.

Organisme Primaire d'Assurance Maladie (OPAM)

Organisme intervenant au premier niveau avant la complémentaire santé MGEN telle que la Sécurité sociale, la Caisse de prévoyance sociale, la Caisse des français de l'étranger ou encore une assurance privée.

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.

VOS GARANTIES PRÉVOYANCE EN CLAIR

Immobilisation, invalidité : parce qu'un accident de la vie ne prévient pas toujours, MGEN prévoit des garanties Prévoyance pour compenser la perte de revenus due à un arrêt de travail prolongé. Un soutien financier bienvenu pour vous aider à préserver votre niveau de vie et celui de votre famille.



À QUEL NIVEAU D'AIDE AI-JE DROIT ?

MA COUVERTURE PRÉVOYANCE, ELLE INTÈGRE QUOI ?

1

DES ALLOCATIONS EN CAS D'ARRÊT DE TRAVAIL

Si une maladie ou un accident vous empêche de travailler, MGEN vous alloue un complément de revenus pour compenser partiellement la perte de salaire subie.

Pour plus de détails, voir **pages 16 et 17.**

2

DES ALLOCATIONS EN CAS D'INVALIDITÉ

Vous êtes en situation d'invalidité ? Pour limiter l'impact de votre baisse de ressources, vous bénéficiez d'une allocation mensuelle.

Pour en savoir plus, rendez-vous en **pages 18 et 19.**

3

UNE AIDE FINANCIÈRE EN CAS DE PERTE TEMPORAIRE D'AUTONOMIE

Une maladie grave ou un accident lourd menace votre équilibre financier ? MGEN vous permet de percevoir une aide financière pour faire face.

Retrouvez les détails **page 20.**

4

UNE RENTE ET UN FORFAIT EN CAS DE DÉPENDANCE TOTALE

Face au risque de dépendance totale, MGEN vous aide à préserver votre autonomie à domicile.

Pour plus de détails, voir **page 20.**

5

UN CAPITAL EN CAS DE PERTE TOTALE D'AUTONOMIE

Si un accident de la vie vous conduit à une situation de dépendance totale, MGEN vous aide, vous et votre conjoint, à faire face aux charges financières liées à votre handicap.

Retrouvez les détails **page 21.**

6

UN CAPITAL ET UNE ALLOCATION EN CAS DE DÉCÈS

Vos proches sont protégés grâce au versement d'un capital et d'une majoration par enfant à charge.

Pour en savoir plus, voir **page 21.**

Ce tableau de synthèse montre la répartition de vos garanties et prises en charge en fonction de votre situation (actif ou retraité) et de l'offre que vous avez souscrite. Les prestations sont exprimées en pourcentage ou en euros, selon les cas.

Retrouvez le détail de vos garanties sur les pages suivantes.

PRESTATIONS	MP ACTIF	MP MAINTENUS CTA	MP ASSOCIÉS	MP RETRAITÉ	BÉNÉFICIAIRE CONJOINT
Allocations Journalières	77% ⁽¹⁾	-	-	-	
Allocations d'Invalidité	50% ⁽²⁾	-	-	-	
Capital décès ou Perte Totale et Irréversible d'Autonomie	85% ⁽³⁾	15 855 €	-	3 500 €	
Capital Décès - Majoration par enfant à charge	25% ⁽⁴⁾	-	-	25% ⁽⁴⁾	
Allocation Perte Temporaire d'Autonomie		400 €/trimestre ⁽⁵⁾		-	400 €/trimestre ⁽⁵⁾
Rente et forfait Dépendance Totale ⁽⁶⁾		120 €/mois + complément maintien à domicile			
Service d'Aide à Domicile Assurance ⁽⁷⁾		Oui (prestations réalisées en France métropolitaine ou DROM)			

- (1) 77 % de l'assiette de cotisations utilisée pour le calcul de la cotisation MGEN précédant la perte de revenus.
 (2) 50 % du Traitement Indiciaire Brut (TIB) afférent à l'échelon le plus élevé de l'emploi et du grade dont il relève (lorsqu'une grille d'évolution de carrière existe). Montant de prestation plafonné à 10 815 € en 2021.
 (3) 85 % de l'assiette utilisée pour le calcul de la cotisation MGEN précédant le Décès ou la Perte Totale et Irréversible d'Autonomie plafonnée à l'assiette correspondant à la cotisation plafond.
 (4) La majoration est égale à 25 % du traitement brut annuel correspondant à l'indice nouveau majoré 821 de la Fonction publique (soit 11 551,47 € au 1^{er} février 2017).
 (5) Prestation versée dans la limite de 4 trimestres.
 (6) Délai d'attente de 36 mois.
 (7) SAD Assurance: financement intégral de 12 heures d'aide à domicile (aide-ménagère) sous conditions (arrêt de travail >30 jours, immobilisation, pathologies lourdes, maternité complexe...).

QUAND ET COMMENT ACTIVER MES GARANTIES PRÉVOYANCE ?

LA PRÉVOYANCE EN PRATIQUE

Vous pouvez contacter votre conseiller afin d'identifier les prestations ou allocations qui répondent à votre situation. Vous avez également la possibilité de **télécharger un formulaire sur votre Espace personnel** et de le retourner à la section départementale une fois complété afin de déclencher la prise en charge. Si vous ne pouvez ou ne souhaitez pas le télécharger, demandez à ce qu'il vous soit envoyé par courrier postal.

1 ALLOCATIONS JOURNALIÈRES

Votre salaire préservé en cas d'arrêt de travail

MGEN vous verse des allocations journalières pour compenser partiellement votre perte de revenus si une maladie ou un accident vous empêche de travailler.



77% du salaire de référence maintenus

- Les **Allocations Journalières** complètent les sommes brutes versées par l'Administration, un Organisme Primaire d'Assurance Maladie ou tout autre organisme d'assurance complémentaire à hauteur de **77%⁽¹⁾ du salaire de référence**. Elles sont **non imposables**
- Ce salaire de référence correspond à l'assiette moyenne quotidienne utilisée pour le calcul de la cotisation MGEN des **12 mois précédant la perte de traitement ou la perception de prestations en espèces**.
- **Assiette de cotisations :**
 - Pour les fonctionnaires : traitement indiciaire + primes et indemnités liées à la vie chère et à l'expatriation telles que l'indemnité de résidence (IR) et l'indemnité spéciale de vie locale (ISVL) ;
 - Pour les non-fonctionnaires : rémunération brute de base + ensemble des primes et indemnités.
- L'assiette de cotisations ne peut être inférieure à celle correspondant à la cotisation plancher.
- **Pour tout fait générateur intervenu avant le 1^{er} janvier 2021**, l'assiette de cotisations ne peut être supérieure à celle correspondant à la cotisation plafond.
- La prise en charge débute à compter du passage à demi-traitement ou en complément des prestations en espèces versées par un Organisme Primaire d'Assurance Maladie.
- Les ressources perçues pendant votre arrêt de travail (sommes versées par l'Administration ou un Organisme Primaire d'Assurance Maladie cumulées à la prestation Allocations journalières MGEN) **ne peuvent pas dépasser 100% de votre salaire net avant impôt et avant arrêt de travail**. Dans ce cas, la prestation Allocations journalières sera réduite à due concurrence⁽²⁾.

(1) Lorsqu'il est fait application du délai de carence prévu par un OPAM, la prestation est versée pendant ce délai, sous déduction de prestations en espèces reconstituées. Ces allocations sont versées tant que vous percevez un demi-traitement de la part de votre employeur ou les Indemnités Journalières versées par un OPAM suite à une maladie ou à un accident. Elles cessent en cas de changement de situation (reprise d'activité, passage en invalidité, retraite, démission de la mutuelle ou de l'offre en cours).
(2) Principe légal de non-enrichissement sans cause : article 1303 du Code civil.

Le versement de la prestation prend fin dans les cas suivants:

- Reprise d'une activité professionnelle.
- Passage en invalidité.
- Mise à la retraite effective du membre participant.
- Résiliation pour non-paiement des cotisations.
- Résiliation par le membre participant de son adhésion à MGEN Outremer, sauf en cas d'adhésion à une autre offre du groupe MGEN.
- Décès du membre participant.

L'INSTANT PÉDAGOGIQUE

COMMENT SONT DÉFINIS LES CONGÉS MALADIE ?

Plusieurs types de congés/positions statutaires existent, en fonction du statut des agents et de la nature de la maladie (liste non exhaustive).

	Fonctionnaires et agents contractuels (plus de 4 mois d'ancienneté dans le service)	Fonctionnaires	Agents contractuels (plus de 3 ans d'ancienneté)	Fonctionnaires
	Congé Maladie Ordinaire (CMO)		Congé Longue Maladie (CLM)	Congé Grave Maladie (CGM)
			Congé Longue Durée (CLD)	
Durée	Fonctionnaires (1 an maximum)	Agents contractuels (selon l'ancienneté dans le service)		
	3 mois à plein traitement puis 9 mois à demi-traitement	Durée à plein et à demi-traitement selon l'ancienneté dans le service	1 an à plein traitement puis 2 ans à demi-traitement	1 an à plein traitement puis 2 ans à demi-traitement
			3 ans à plein traitement puis 2 ans à demi-traitement	

L'EXEMPLE DE MATTHIEU POUR MIEUX COMPRENDRE

Prenons l'exemple de Matthieu, 39 ans, en Congé de Maladie Ordinaire d'avril 2019 à mars 2020 avec perte de traitement en juillet 2019.

AVANT L'ARRÊT DE TRAVAIL

La moyenne de l'assiette de cotisations des 12 mois précédant la perte de traitement de Matthieu, (soit de juillet 2018 à juin 2019) était de : 4 431 € bruts.

NIVEAU DE GARANTIE SELON SALAIRE : 4431 € × 77% = 3 411,87 €

LES 3 PREMIERS MOIS D'ARRÊT DE TRAVAIL

On considère ici qu'il s'agit d'un premier arrêt de travail.

Matthieu percevra son salaire à plein traitement ainsi que les primes/indemnités maintenues par son Administration.

Matthieu ne percevra pas d'allocations journalières au titre de MGEN Outremer car il est placé en Congé de Maladie Ordinaire (CMO) à plein traitement.

Ressources versées par son Administration en CMO à plein traitement		
Traitement brut à 100 %	Primes et indemnités maintenues	Total rémunération brute
2 708 € Bruts	2 103 € bruts	4 811 € bruts

Matthieu percevra **3 945,02 € nets/mois**, à plein traitement de la part de son Administration.

La rémunération brute est plus importante que l'assiette de cotisations des 12 mois précédant la perte de traitement car la rémunération de Matthieu a évolué entre juillet 2018 et avril 2019. En outre, l'assiette de cotisations retenue ne comprend pas l'exhaustivité des primes et indemnités perçues par Matthieu (n'étant pas assise sur l'ensemble de la rémunération brute.)

À PARTIR DU 4^{ÈME} MOIS D'ARRÊT DE TRAVAIL

Calcul des Allocations Journalières en cas de Congé Maladie Ordinaire

Niveau de garantie	Ressources versées par son Administration en CMO à demi-traitement		Prestation AJ MGEN
	Traitement brut à 50 %	Primes et indemnités maintenues	
3 411,87 €	1 354 € bruts	1 051,50 € bruts	3 411,87 € - 1 354 € - 1 051,50 € = 1 006,37 € par mois

Matthieu percevra **2 978,88 € nets/mois**.

1 972,51 € nets (correspondant aux 2 405,50 € bruts à demi-traitement versés par son Administration) + 1 006,37 € (part MGEN).

2 ALLOCATIONS D'INVALIDITÉ

Un complément de revenus à la pension d'invalidité

L'allocation d'invalidité complète les allocations perçues par la caisse de retraite ou la Sécurité sociale dans le cadre d'une retraite pour invalidité ou d'un classement en invalidité (2^{ème} ou 3^{ème} catégorie au sens de la Sécurité sociale) à la suite d'un accident ou d'une maladie.



Jusqu'à **10815€** /an
Et un minimum de 360,50€/an⁽¹⁾

- **Le niveau de garantie⁽²⁾ est égal à 50 % du traitement brut** correspondant au dernier échelon (indice de fin de carrière majoré) de l'emploi et grade de l'invalide.
- **Les ressources que complètent les allocations invalidité MGEN correspondent aux revenus bruts imposables issus du travail du membre participant.** Les revenus issus d'une épargne personnelle volontaire, les pensions de réversion, les pensions alimentaires et les revenus fonciers sont exclus du calcul des ressources.
- Lorsqu'il n'existe pas de grille d'évolution, le niveau de garantie est égal à 50 % du salaire brut précédent l'arrêt de travail ou l'invalidité.

L'EXEMPLE DE LIONEL POUR MIEUX COMPRENDRE

Lionel, 55 ans, fonctionnaire titulaire, professeur certifié de classe normale détaché à l'Agence pour l'enseignement français à l'étranger (AEFE). En début d'année 2021, l'IFC majoré du dernier échelon s'élève à 673 pour les professeurs certifiés de classe normale.

INFO : traitement brut = indice de fin de carrière majoré * valeur du point d'indice de la Fonction publique

NIVEAU DE GARANTIE = 0,5 (taux de garantie) × **673** (indice de fin de carrière majoré du dernier échelon) × **4,68602** (valeur actuelle de la Fonction publique) × **12** (annualisé) = **18922,15€** (arrondi)

RESSOURCES = En retraite pour invalidité depuis peu, il touche une allocation brute annuelle de sa caisse de retraite à hauteur de **15564€**.

PRESTATION VERSÉE = son niveau de garantie – ses ressources (correspondant à ses allocations caisse de retraite).

AVEC MGEN OUTREMER
il touchera 18922,15€ – 15564€ =
3358,15€
annuels versés mensuellement
à terme échu



La prestation est annuelle, non imposable, versée mensuellement à terme échu et renouvelée chaque année au 1^{er} janvier.

Le versement de la prestation est suspendu le 1^{er} jour du mois suivant :

- Le reclassement en invalidité 1^{ère} catégorie.
- Dès que les revenus pris en compte pour l'attribution de la prestation sont supérieurs au niveau de garantie MGEN.

Le versement de la prestation prend fin le 1^{er} jour du mois suivant l'un des événements suivants :

- Résiliation de l'adhésion MGEN Outremer.
- Résiliation pour non-paiement des cotisations.
- Démission de la mutuelle.
- Décès du Membre Participant.

QUI EN BÉNÉFICIE ?

Les Membres Participants Actifs au moment du fait générateur bénéficiant :

- Pour les fonctionnaires titulaires : **d'une pension de retraite pour invalidité ;**
- Pour les agents non titulaires ou non fonctionnaires : **d'une pension d'invalidité Sécurité sociale de 2^{ème} ou 3^{ème} catégorie.**

L'INSTANT PÉDAGOGIQUE

- Un adhérent peut reprendre une activité professionnelle et continuer à bénéficier de la prestation Allocations d'invalidité. Les ressources perçues au titre de cette activité seront néanmoins prises en compte dans le calcul de la prestation.
- Les adhérents bénéficiant d'une pension vieillesse substituée à une pension d'invalidité catégorie 2 ou 3 au sens du Code de la Sécurité sociale continueront à bénéficier de la prestation Allocations d'invalidité.
- Pour les agents non titulaires ou non fonctionnaires bénéficiant d'une pension d'invalidité Sécurité sociale, la pension d'invalidité prend fin à compter du 1^{er} jour du mois qui suit le l'âge de condition de départ à la retraite de son titulaire.

(1) Le montant de la prestation annuelle est au minimum égal à 360,50€ et au maximum à 10815€ en 2021. Hors situation de ressources supérieures au niveau de garantie.
(2) Le niveau de garantie pour l'offre est au minimum égal à 10815€ en 2021.

3 ALLOCATION PERTE TEMPORAIRE D'AUTONOMIE



Le coup de pouce financier pour se relever d'un coup dur

Une allocation trimestrielle vous est versée pour financer vos soins, acheter du matériel médical coûteux, aménager votre domicile ou votre véhicule en cas d'accident ou de maladie graves affectant votre autonomie et votre situation financière.

400€ de prestation par trimestre

Cette allocation est versée tous les trimestres dans la limite de 4 trimestres (continus ou discontinus). Pas de perte de temps : la prestation est versée après un délai de franchise de 30 jours, soit à compter du 31^{ème} jour continu d'arrêt de travail.

QUI EN BÉNÉFICIE ?

Les Membres Participants actifs et les bénéficiaires conjoints en activité ou sans emploi âgés de moins de 65 ans. La prestation est attribuée aux personnes atteintes des pathologies suivantes : infarctus du myocarde, cancer, accident vasculaire cérébral invalidant, sclérose en plaques. Mais aussi pour les séquelles d'accident comme les lésions traumatiques graves, la cécité ou la surdité, les brûlures graves.

4 RENTE ET FORFAIT DÉPENDANCE TOTALE

Bien accompagné pour continuer à vivre à votre domicile

Vous bénéficiez d'une rente mensuelle et d'un forfait complémentaire de maintien à domicile pour financer des frais liés à la situation de dépendance totale.

120€ de rente par mois

Elle est versée tant que dure l'état de dépendance totale (premier versement à l'issue d'un délai de franchise de 3 mois continus).

500€/an de prestation forfaitaire complémentaire de maintien à domicile

Elle est versée si vous êtes resté à domicile au moins 6 mois dans l'année écoulée.

QUI EN BÉNÉFICIE ?




Les Membres Participants actifs, retraités et les bénéficiaires conjoints classés en GIR 1 ou 2.

À l'Étranger et dans les collectivités d'outre-mer, ce classement est défini par le médecin-consultant de la mutuelle.

5 6 CAPITAL DÉCÈS OU PERTE TOTALE ET IRRÉVERSIBLE D'AUTONOMIE

Des ressources garanties pour vous et vos proches

MGEN vous assure le versement d'un capital financier si votre état de santé vous met dans l'impossibilité totale et définitive d'exercer une profession et vous oblige à recourir définitivement à l'assistance d'une tierce personne pour accomplir les actes ordinaires du quotidien (se déplacer, s'alimenter, s'habiller, se laver). En cas de décès, un capital est alloué pour maintenir le niveau de vie de vos proches et une allocation annuelle est versée aux enfants orphelins.

 MGEN Outremer	 MP maintenus CTA	 Prévoyance retraité
Un capital pour l'adhérent ACTIF ⁽¹⁾	Un forfait pour le Membre Participant ⁽¹⁾	Un forfait pour l'adhérent retraité ⁽¹⁾
85% du traitement brut ⁽²⁾	15 855€	3 500€
Une majoration par enfant à charge ⁽³⁾	Une majoration par enfant à charge ⁽³⁾	Une majoration par enfant à charge ⁽³⁾
25% du traitement brut annuel ⁽⁵⁾	25% du traitement brut annuel ⁽⁵⁾	25% du traitement brut annuel ⁽⁵⁾

Une allocation annuelle aux enfants orphelins mutualistes

- Allocation accordée à tous les bénéficiaires enfants MGEN (jusqu'à 29 ans inclus), en cas de décès de l'un⁽⁴⁾ ou des deux parents.
- Allocation intégrant une participation financière forfaitaire qui évolue en fonction de l'âge et la situation des bénéficiaires.
- Possibilité d'une participation complémentaire suivant les revenus de la famille.

(1) En cas de décès, capital versé au(x) bénéficiaire(s) désigné(s) par l'adhérent. En cas de PTIA, capital versé au Membre Participant.
 (2) Le capital garanti est égal à 85 % de l'assiette utilisée pour le calcul de la cotisation MGEN précédant le décès ou la PTIA.
 (3) En cas de PTIA : prestation versée au Membre Participant. En cas de décès : prestation versée aux enfants à charge tels que définis par le Règlement mutualiste.
 (4) Mutualiste ou non.
 (5) Correspondant à l'indice nouveau majoré 821 de la Fonction publique (soit 11551,47 € au 1^{er} février 2017)

L'INSTANT PÉDAGOGIQUE

COMMENT DÉSIGNER VOS BÉNÉFICIAIRES EN CAS DE DÉCÈS ?

Une liste type* de désignation des bénéficiaires s'applique, conformément au Règlement mutualiste :

- **Votre conjoint** (mariage, PACS, concubinage).
- **À défaut, vos enfants.**
- **À défaut, vos ascendants 1^{er} degré.**
- **À défaut, vos héritiers.**
- **À défaut, MGEN.**

Si cela vous convient, vous n'avez aucune démarche administrative à faire.

Si cette liste type ne correspond pas à vos souhaits ou à votre situation familiale, vous pouvez effectuer une désignation particulière en cours de contrat en complétant le formulaire MGEN, sur papier libre ou par testament. L'identification des bénéficiaires du capital doit être clairement mentionnée.

* Se reporter au Règlement mutualiste MGEN Vie.

VOS GARANTIES ASSISTANCE EN CLAIR

Où que vous soyez, vous n'êtes pas seul ! Face à des événements difficiles, MGEN Outremer vous apporte un soutien pour faire face aux imprévus si vous êtes à l'étranger et vous aide à surmonter les situations d'urgence : rapatriement sanitaire, envoi de médicaments, conseils médicaux, soutien logistique et organisation en cas de décès, avance de fonds exceptionnelle...

QUAND MON ASSISTANCE INTERVIENT-ELLE ?

Quand on vit loin de son pays, il est essentiel d'être bien accompagné face aux conséquences d'une hospitalisation, d'un accident grave ou d'une maladie. C'est pourquoi MGEN Outremer met à votre service une assistance médicale et logistique précieuse pour vous soutenir, quoi qu'il arrive.

COMMENT DÉCLENCHER MES GARANTIES ASSISTANCE ?

Vous pouvez contacter IMA aux coordonnées suivantes :

- Par téléphone : + 33 (0)5 49 76 66 76
- Par courriel : mgen.international@ima.eu





VOS GARANTIES ASSISTANCE

EN CAS D'HOSPITALISATION OU DE PÉPIN DE SANTÉ URGENT

Transport sanitaire

Organisation et prise en charge du transport (si nécessaire) vers la structure médicale la plus proche susceptible de dispenser les soins appropriés (ambulance, train, avion sanitaire ou tout autre moyen approprié). Le dispositif EVASAN est mis en place par votre caisse locale. L'intervention d'IMA pourra être enclenchée uniquement en cas de défaillance du dispositif EVASAN.

Envoi de médicaments

Recherche sur votre lieu de résidence des médicaments prescrits ou de leurs équivalents. À défaut, organisation et prise en charge de l'expédition des médicaments indispensables dont vous êtes privé (selon le délai d'acheminement).*

Retour vers le pays de résidence

- Prise en charge et organisation du retour vers votre domicile (si votre état médical et les soins à poursuivre le permettent et si cela fait suite à un transport sanitaire).
- Organisation et couverture, par le moyen le plus approprié, du retour du membre de la famille l'accompagnant ayant la qualité de bénéficiaire.
- Si le bénéficiaire est confronté à un problème médical dans un pays autre que celui de résidence, organisation et prise en charge par IMA ASSURANCES de votre retour vers le pays de résidence, par le moyen de transport médicalement adapté (lorsque l'état médical le permet).
- Prise en charge transitoire sur le territoire métropolitain en fonction des conditions sanitaires du pays de résidence.

Voyage d'un proche

- Organisation et prise en charge du voyage d'un proche** qui se rend au chevet du malade ou du blessé (sur décision médicale IMA).
- Prise en charge des frais d'hébergement de l'accompagnant pour les enfants de moins de 15 ans ou pour les personnes en situation de handicap.

Retour de la famille accompagnante

Organisation et prise en charge du transport des proches ayant la qualité de bénéficiaires lorsque le transport vers la France est décidé et que le patient présente une Incapacité Temporaire de Travail supérieure à 30 jours.

* Valable uniquement sur le lieu de résidence (hors France).
** Le proche est toute personne désignée par le bénéficiaire.



EN CAS DE DÉCÈS D'UN DE VOS BÉNÉFICIAIRES (CONJOINT, ENFANT)

Préparation et transport du corps jusqu'au lieu d'inhumation dans le pays de résidence ou en France métropolitaine.

Mise en urne en cas de crémation.

Prise en charge des démarches funéraires nécessaires au rapatriement du corps, du lieu de la mise en bière au lieu d'inhumation en France métropolitaine.

Organisation et prise en charge du retour des bénéficiaires.

Organisation et prise en charge du déplacement d'un proche pour effectuer les démarches administratives.

EN CAS DE COUP DUR

Aides financières exceptionnelles

- Avance de fonds* : dans la limite de 10 000 € pour faire face à des dépenses imprévues en cas de difficulté.
- Caution pénale* : en l'absence de toute faute ou tout délit intentionnel du bénéficiaire, l'avance d'une caution pénale peut être consentie dans la limite de 10 000 €.
- Frais de justice* : en cas de poursuites judiciaires à l'étranger, une avance des honoraires d'avocat ou de frais de justice jusqu'à concurrence de 3 000 €.

Conseils médicaux

Des conseils médicaux pourront être donnés par une équipe médicale afin de vous rassurer, vous renseigner et vous orienter pour toute difficulté médicale. Ces conseils seront apportés :

- Lors de la préparation de votre déplacement ou de votre expatriation (attitudes préventives, vaccinations obligatoires et conseillées).
- Pendant votre déplacement ou votre expatriation (choix d'établissement hospitalier) et au retour de votre déplacement ou de votre expatriation (tout événement médical survenant après votre retour).

LES BONUS MGEN

MGEN OUTREMER MET À VOTRE DISPOSITION DES SERVICES D'INFORMATION PRÉCIEUX POUR PRÉPARER OU FACILITER VOTRE SÉJOUR.

Renseignements pratiques : mise à disposition de renseignements pratiques relatifs à l'organisation de votre voyage : formalités administratives, liaisons téléphoniques, caractéristiques économiques et climatiques...

Assistance linguistique : intervention des linguistes du service MGEN Outremer en cas de difficultés de communication dans la langue du pays où vous vous trouvez.

Message urgent : MGEN Outremer se charge de transmettre des messages urgents en rapport avec un événement grave.

QUI EN BÉNÉFICIE ?

Les adhérents ainsi que leur conjoint et leurs enfants bénéficiaires.

LES AIDES SOLIDAIRES EN CLAIR

Vivre une période financière difficile, cela peut arriver à tout le monde. C'est pourquoi MGEN prévoit des aides exceptionnelles pour les adhérents en situation de fragilité. En cas de coup dur, MGEN vous permet de rebondir !



L'ACTION SOCIALE, DANS QUELS CAS PUIS-JE LA DEMANDER ?

1

EN CAS DE RETARD DE SALAIRE APRÈS UNE MALADIE OU UNE MUTATION

MGEN vous accorde une **avance spéciale : jusqu'à 3000 €⁽¹⁾** sous la forme d'un prêt sans intérêts et sans frais, remboursable dans un délai maximum de 4 mois à compter de la date d'attribution.

2

SI VOUS ÊTES EN SITUATION DE DÉPENDANCE OU DE HANDICAP

MGEN vous soutient pour faire face aux conséquences financières d'une perte d'autonomie :

Versement d'une allocation Handicap ou Dépendance⁽¹⁾

Ces aides annuelles sont modulées en fonction du degré d'incapacité, de votre âge et de votre niveau de ressources.

Une prestation particulière pour participer à l'achat d'aides techniques ou aux frais d'aménagements⁽¹⁾ de votre domicile ou de votre véhicule peut vous être accordée en complément des allocations Handicap et Dépendance.

3

SI VOUS AIDEZ UN PROCHE EN SITUATION DE DÉPENDANCE

Une aide annuelle peut être versée au mutualiste aidant⁽¹⁾ lorsqu'il assiste son conjoint, ses enfants ou ascendants au 1^{er} degré en état de dépendance totale (classé(s) en GIR 1 ou 2).

4

QUAND VOUS DEVEZ FAIRE FACE À UNE URGENCE FINANCIÈRE

Vous connaissez un problème financier urgent lié à un événement grave d'ordre familial, social ou médical ? MGEN vous donne un coup de pouce financier :

Aide exceptionnelle jusqu'à 1 000 €⁽¹⁾ (selon situation), non remboursable.

Prêt social jusqu'à 6 000 €⁽¹⁾, remboursable sans intérêts et sans frais, dans un délai maximal de 48 mois.

5

EN CAS DE SITUATION DE FRAGILITÉ

Le Service d'aide à domicile⁽³⁾ participe financièrement (sous conditions de ressources) à l'intervention d'une aide à domicile, auxiliaire de vie ou technicien d'intervention sociale et familiale. Le forfait annuel est de 90 heures maximum, de 10€/heure pour une aide-ménagère et de 13€/heure pour un auxiliaire de vie/TISF.

L'allocation soins coûteux⁽¹⁾ peut être accordée pour faire face à des dépenses de santé peu ou non prises en charge (sous conditions).

6

SI VOS ENFANTS SONT CONFRONTÉS AU DÉCÈS D'UN PARENT

Versement d'une allocation Orphelinat⁽¹⁾⁽²⁾ pour contribuer à l'éducation des enfants ayant la qualité de bénéficiaires enfants au moment du décès de l'un ou des deux parents. Cette aide financière annuelle est renouvelable (sous conditions).

(1) Ces allocations sont prises sur une dotation déterminée annuellement par l'Assemblée générale en fonction des ressources de la mutuelle. Elles sont accordées sur étude de votre dossier et sous conditions de ressources.

(2) Le montant est modulé en fonction de la situation scolaire et financière de l'orphelin.

(3) Valable en France métropolitaine et DROM uniquement.

L'ACTION SOCIALE, COMMENT EN BÉNÉFICIER ?

VOUS VIVEZ UNE SITUATION DÉLICATE ET VOUS AVEZ BESOIN D'UN SOUTIEN ?

Votre section départementale vous accompagne :

1. Vous échangez avec votre conseiller sur votre situation et vos difficultés.
2. Vous constituez ensemble le dossier de demande d'aides.
3. Votre dossier est étudié par la commission d'action sociale.
4. Une aide peut vous être accordée en fonction de votre situation, sous conditions de ressources. Pour plus d'informations et pour constituer un dossier, contactez votre section extra-métropolitaine.

VOTRE ESPACE PERSONNEL EN CLAIR

Parce que votre temps est précieux, MGEN met tout en œuvre pour vous faciliter la santé : un Espace personnel en ligne et une application mobile pour **gérer vos démarches en quelques clics et piloter votre mutuelle d'où vous voulez, quand vous voulez.**

MON ESPACE PERSO, JE PEUX FAIRE QUOI AVEC ?

PILOTER TOUTES VOS DÉMARCHES SANTÉ 24H/24

Votre Espace personnel vous permet de gérer facilement vos remboursements en ligne : effectuez une demande, suivez son état d'avancement et consultez l'ensemble des remboursements perçus. Vous y retrouverez également vos attestations : pratique et rapide !

GÉRER VOS DÉMARCHES ADMINISTRATIVES EN UN CLIN D'OEIL

Votre situation évolue ? L'Espace personnel facilite la gestion de votre contrat et l'actualisation de vos informations personnelles s'opère en quelques clics :

- Changement d'adresse.
- Transmission d'un RIB.
- Ajout d'un bénéficiaire...

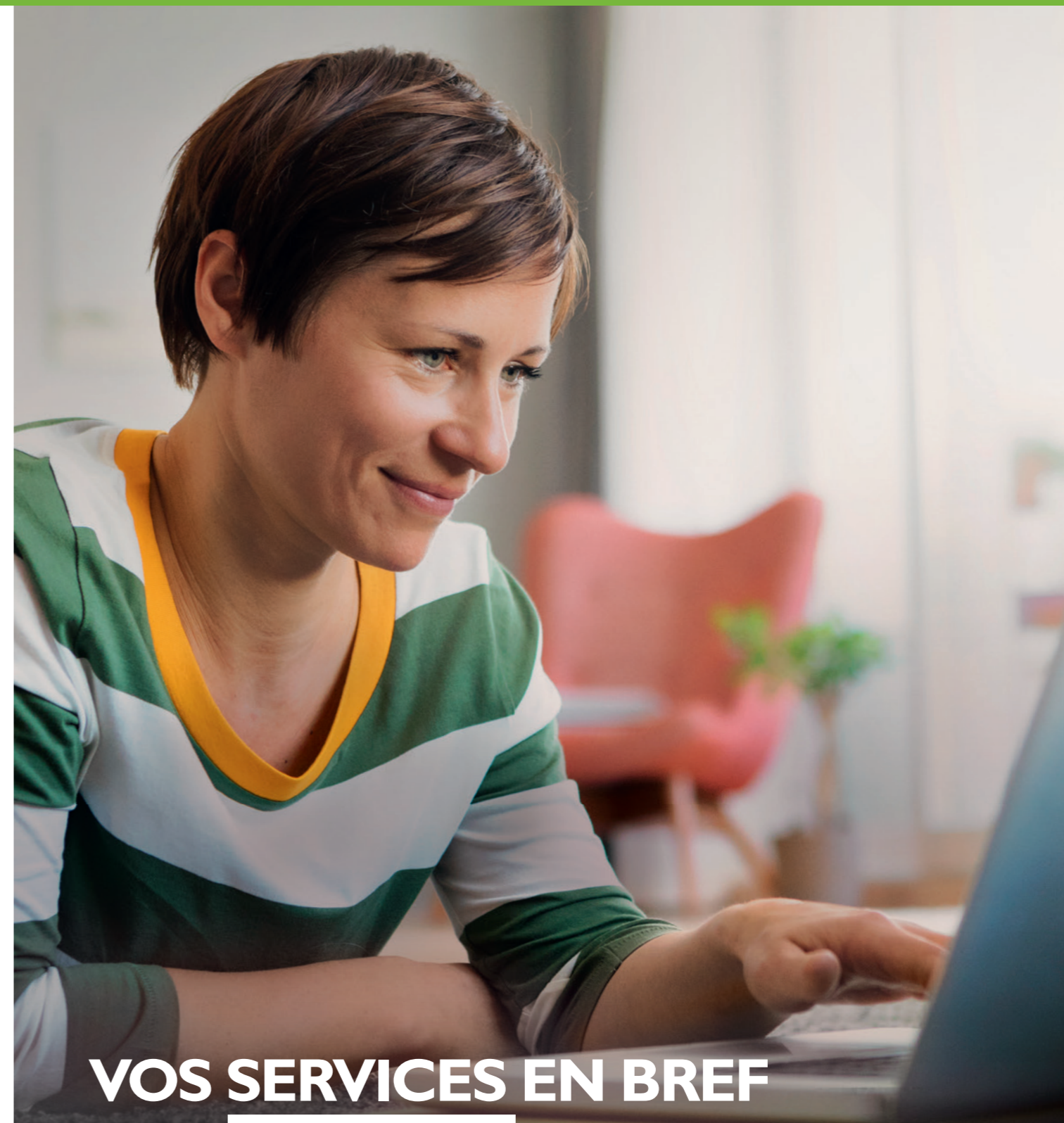
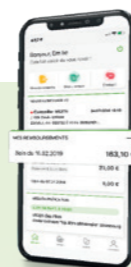
CONSULTER UN MÉDECIN EN LIGNE, ÊTRE INFORMÉ DES GRANDS RENDEZ-VOUS MÉDICAUX

L'Espace personnel donne accès à des outils précieux pour votre santé :

- Accès direct à la plateforme de **téléconsultation MesDocteurs.**
- **Un calendrier de prévention personnalisé,** disponible via l'application, vous alerte sur les rappels ou rendez-vous de santé à suivre.

LE BONUS MGEN

Pensez à télécharger l'application mobile pour **gérer votre santé où que vous soyez.**



VOS SERVICES EN BREF SUR **MGEN.FR**



Suivre vos remboursements en temps réel.



Transmettre ou consulter vos demandes de remboursement.



Télécharger votre carte d'adhérent.



Accéder à vos informations ou les mettre à jour : coordonnées, bénéficiaires...



Consulter vos documents et courriers : notices, garanties, guides et relevés de prestations, échéanciers...



Dialoguer avec votre mutuelle pour toute demande d'information.



Localiser tous les professionnels de santé conventionnés : en France métropolitaine et dans les DROM.

NOTES

GROUPE MGEN

Avoir l'assurance d'être bien protégé, c'est vivre en toute confiance. Santé, soins, prévoyance, action sociale, services, prévention : acteur global de santé, MGEN protège, comme vous, plus de 4 millions de personnes et veille à les accompagner, tout au long de leur vie, avec des garanties en parfaite affinité avec leurs besoins, leur budget, leurs projets.

POUR VOS GARANTIES MGEN GARDE LE CONTACT



SUIVRE VOS REMBOURSEMENTS, EFFECTUER VOS DÉMARCHES

- **Espace personnel** sur mgen.fr
- **Appli mobile MGEN** sur Android et iOS



NOUS CONTACTER



Espace personnel sur mgen.fr



+33 (0)2 49 79 00 05

Service gratuit
+ prix appel vers la France métropolitaine



Twitter @MGENetvous



Facebook MGEN



Forum mgen.fr

