

Complémenter

mgen*
GROUPE vyv

MNT
GROUPE vyv

isère
LE DÉPARTEMENT

COUVERTURE SANTÉ

**BIEN PROTÉGÉ
EN TANT QUE
PERSONNEL DES
TERRITOIRES**

LES MUTUELLES RÉFÉRENTES DU SERVICE PUBLIC

Mutuelles proches de la Fonction publique, MGEN et MNT ont été choisies par votre collectivité pour assurer la couverture de vos soins. Et ça, c'est une bonne nouvelle pour votre santé ! Avec MGEN et MNT, bénéficiez d'offres pour les agents territoriaux et de la proximité de 2 mutuelles fortement engagées dans la vie de votre territoire :

- Une complémentaire santé adaptée aux besoins des agents territoriaux,
- Un modèle solidaire qui facilite l'accès de tous à des soins de qualité,
- Une prise en charge optimale de vos dépenses médicales,
- Une forte proximité géographique, humaine, relationnelle avec notre agence locale.

UNE COMPLÉMENTAIRE SANTÉ, À QUOI ÇA SERT ?

Lorsque vous recevez des soins, la Sécurité sociale couvre une partie de vos frais, mais elle ne rembourse pas tout. Le rôle de la mutuelle est de prendre en charge ce qui n'est pas couvert par l'Assurance maladie afin d'optimiser vos remboursements, voire de couvrir intégralement vos dépenses de santé, notamment :

- Les consultations, soins médicaux, médicaments,
- L'hospitalisation,
- Les soins et prothèses dentaires,
- L'orthodontie,
- Les lunettes et lentilles,
- La maternité,
- Les médecines douces.

Tous les agents, du département de l'Isère relevant d'une des catégories suivantes :

- Les fonctionnaires titulaires ou stagiaires
- Les agents de droit public ou privé, les agents détachés et mis à disposition
- Les retraités auparavant employés du Département de l'Isère

QUI PEUT ADHÉRER ?

8 RAISONS D'ÊTRE BIEN PROTÉGÉE AVEC COMPLÉMEN'TER



25 € BRUTS / MOIS DE PARTICIPATION DE VOTRE EMPLOYEUR AU COÛT DE VOTRE COTISATION SANTÉ



4 OFFRES DE PROTECTION ADAPTÉES À VOS BESOINS DE SANTÉ, À VOTRE SITUATION FAMILIALE, À VOTRE BUDGET



REMBOURSEMENTS SUR LES SOINS COURANTS MÉDECIN GÉNÉRALISTE, SPÉCIALISTES, PHARMACIE, EXAMENS DE LABORATOIRE...



POSSIBILITÉ D'INTÉGRER VOTRE CONJOINT ET VOS ENFANTS À VOTRE CONTRAT MUTUALISTE



ACCÈS À L'UN DES PLUS VASTES RÉSEAUX DE SOINS EN FRANCE À DES TARIFS PRÉFÉRENTIELS POUR RÉDUIRE VOS DÉPENSES EN OPTIQUE, DENTAIRE, AUDIOLOGIE ET HOSPITALISATION



SERVICES D'ASSISTANCE INCLUS POUR VOUS AIDER À ORGANISER VOTRE QUOTIDIEN EN CAS D'HOSPITALISATION OU D'UN IMPRÉVU DE SANTÉ



DES AIDES SOLIDAIRES ET DE L'ACTION SOCIALE PRÉVUES SI VOUS RENCONTREZ UNE SITUATION DE FRAGILITÉ



ACCÈS À DES OUTILS DIGITAUX 100% UTILES QUI SIMPLIFIENT ET ACCÉLÈRENT VOS DÉMARCHES AU QUOTIDIEN AVEC LA MUTUELLE

DES COTISATIONS ATTRACTIVES NÉGOCIÉES PAR VOTRE EMPLOYEUR

COTISATION MENSUELLE EN EUROS

(hors participation employeur) **APPLICABLE en 2021**

GRILLE DE COTISATIONS TTC PAR PERSONNE - AVEC ASSISTANCE

Age	Niveau 1	Niveau 2	Niveau 3	Niveau 4
Actif et conjoint de moins de 30 ans	37,37 €	44,91 €	51,08 €	56,90 €
Actif et conjoint de 31 à 40 ans	44,91 €	54,85 €	62,39 €	68,90 €
Actif et conjoint de 41 à 50 ans	53,13 €	64,10 €	73,36 €	81,24 €
Actif et conjoint de 51 à 60 ans	61,02 €	73,70 €	83,99 €	93,58 €
Actif et conjoint plus de 61 ans	66,16 €	80,22 €	91,18 €	101,47 €
Enfant	32,22 €	38,74 €	43,88 €	48,68 €
Retraité et conjoint	105,58 €	127,86 €	146,03 €	162,14 €

La cotisation mensuelle est calculée sur la base d'un taux de cotisation X PMSS (Plafond Mensuel de la Sécurité sociale = 3 428 € au 01/01/2021)



AVEC QUELLE PARTICIPATION EMPLOYEUR ?

**Une participation employeur pour les agents actifs et leur(s) enfant(s).
Le conjoint bénéficie du tarif préférentiel sans participation.**

PARTICIPATION EMPLOYEUR	
Bénéficiaires	Montant brut / mois
Agent en activité	25 €
Enfant (cotisant)	6 €

TABLEAUX DES GARANTIES SANTÉ 2021

SOINS COURANTS	NIVEAU DE GARANTIES				
	RÉGIME OBLIGATOIRE (Pour information)	N1	N2	N3	N4
Remboursements du régime obligatoire et de l'organisme d'assurance, en % BRSS de la base de remboursement (BR / TRSS / TA), ou forfaits sans intervention du régime obligatoire					
Honoraires médicaux					
Les dépassements tarifaires des médecins n'ayant pas adhéré aux dispositifs de pratiques tarifaires maîtrisées OPTAM/OPTAM-CO sont pris en charge dans la double limite de 100 % BRSS du tarif de responsabilité et des montants pris en charge pour les dépassements des médecins ayant adhéré à l'OPTAM/OPTAM-CO, tel qu'indiqués ci-dessous, minorés de 20 % BRSS du tarif de responsabilité.					
Honoraires (consultations, visites)	70 % BRSS	125 % BRSS	150 % BRSS	200 % BRSS	250 % BRSS
Actes de spécialités	70 % BRSS	125 % BRSS	150 % BRSS	200 % BRSS	250 % BRSS
Honoraires paramédicaux					
Frais d'honoraires auxiliaires médicaux	60 % BRSS	100 % BRSS	100 % BRSS	125 % BRSS	150 % BRSS
Analyses et examens de laboratoire					
Frais d'examens de biologie médicale remboursés par l'Assurance maladie	60 % BRSS 70 % BRSS	100 % BRSS	100 % BRSS	125 % BRSS	150 % BRSS
Frais d'examens de biologie médicale non remboursés par l'Assurance maladie	/	/	20 €	30 €	40 €
Médicaments					
Médicaments remboursés par l'Assurance maladie	15 % BRSS 30 % BRSS 65 % BRSS	100 % BRSS	100 % BRSS	100 % BRSS	100 % BRSS
Honoraires de dispensation remboursés par l'Assurance maladie	65 % BRSS 70 % BRSS	100 % BRSS	100 % BRSS	100 % BRSS	100 % BRSS
Vaccins antigrippaux remboursés par l'Assurance maladie	100 % BRSS	100 % BRSS	100 % BRSS	100 % BRSS	100 % BRSS
Vaccins remboursés par l'Assurance maladie	65 % BRSS	100 % BRSS	100 % BRSS	100 % BRSS	100 % BRSS
Substituts nicotiques remboursés par l'Assurance maladie	65 % BRSS	100 % BRSS	100 % BRSS	100 % BRSS	100 % BRSS
Contraception sur prescription remboursée par l'Assurance maladie	65 % BRSS	100 % BRSS	100 % BRSS	100 % BRSS	100 % BRSS
Pharmacie prescrite (par an) non remboursée par l'Assurance maladie	/	/	20 €	20 €	30 €
Automédication (par an) non remboursée par l'Assurance maladie	/	/	20 €	20 €	30 €
Autres prestations					
Médecines douces (plafond de 5 séances / an)	/	15 € / séance	20 € / séance	25 € / séance	30 € / séance
Ostéodensitométrie (par an) non remboursée par l'Assurance maladie	/	50 €	50 €	50 €	50 €
Prévention					
Amniocentèse	/	/	30 €	30 €	50 €
Scellement des puits, sillons et fissures (enfant de moins de 14 ans)	70 % BRSS	100 % BRSS	100 % BRSS	100 % BRSS	100 % BRSS
Détartrage annuel complet	70 % BRSS	100 % BRSS	100 % BRSS	100 % BRSS	100 % BRSS
Bilan du langage (enfant de moins de 14 ans)	70 % BRSS	100 % BRSS	100 % BRSS	100 % BRSS	100 % BRSS
Dépistage hépatite B	70 % BRSS	100 % BRSS	100 % BRSS	100 % BRSS	100 % BRSS
Dépistage trouble de l'audition remboursé par l'Assurance maladie	70 % BRSS	100 % BRSS	100 % BRSS	100 % BRSS	100 % BRSS
Ostéodensitométrie remboursée par l'Assurance maladie	70 % BRSS	100 % BRSS	100 % BRSS	100 % BRSS	100 % BRSS
Cures thermales					
Soins thermaux	65 % BRSS 70 % BRSS	100 % BRSS	100 % BRSS +150€	100 % BRSS +200€	100 % BRSS +250€
Transport					
Frais de transport	65 % BRSS	100 % BRSS	100 % BRSS	100 % BRSS	100 % BRSS
Matériel médical					
Pansements, accessoires, appareillage et prothèses	60 % BRSS	100 % BRSS	125 % BRSS	125 % BRSS	150 % BRSS
Forfait complémentaire (par an) :					
Orthopédie	60 % BRSS	100 €	200 €	300 €	400 €
Prothèses mammaires	60 % BRSS	100 €	200 €	300 €	400 €
Prothèses capillaires	60 % BRSS	100 €	200 €	300 €	400 €
Prothèses oculaires	60 % BRSS	100 €	200 €	300 €	400 €
Grand appareillage	60 % BRSS	100 €	200 €	300 €	400 €

TABLEAUX DES GARANTIES SANTÉ 2021 (SUITE)

HOSPITALISATION MEDICALE, CHIRURGICALE, OBSTETRIQUE ET ANESTHESIE	NIVEAU DE GARANTIES				
Les dépassements tarifaires des médecins n'ayant pas adhéré aux dispositifs de pratiques tarifaires maîtrisées OPTAM/OPTAM-CO sont pris en charge dans la double limite de 100 % BRSS du tarif de responsabilité et des montants pris en charge pour les dépassements des médecins ayant adhéré à l'OPTAM/OPTAM-CO, tel qu'indiqués ci-dessous, minorés de 20 % BRSS du tarif de responsabilité.					
Remboursements du régime obligatoire et de l'organisme d'assurance, en % BRSS de la base de remboursement (BR / TRSS / TA), ou forfaits sans intervention du régime obligatoire	RÉGIME OBLIGATOIRE (Pour information)	N1	N2	N3	N4
Honoraires					
Honoraires médicaux & chirurgicaux	80 % BRSS	125 % BRSS	150 % BRSS	200 % BRSS	250 % BRSS
Participation assuré actes > 120 Euros	/	Oui	Oui	Oui	Oui
Forfait journalier hospitalier					
Forfait journalier hospitalier	/	100 % Frais réels	100 % Frais réels	100 % Frais réels	100 % Frais réels
Forfait journalier psychiatrie	/	100 % Frais réels	100 % Frais réels	100 % Frais réels	100 % Frais réels
Frais de séjour					
Frais de séjour	80% BRSS	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS
Chambre particulière					
Chambre particulière avec nuitée, y compris maternité (par jour)	/	30 €	50 €	50 €	70 €
Chambre particulière sans nuitée (par jour)	/	/	20 €	20 €	30 €
Frais d'accompagnant					
Frais accompagnant enfant moins de 16 ans (par jour)	/	20 €	30 €	30 €	40 €
ALLOCATION MATERNITE					
Allocation maternité	/	100 €	150 €	200 €	250 €
ASSISTANCE					
Assistance	/	Oui	Oui	Oui	Oui

DENTAIRE	NIVEAU DE GARANTIES				
Remboursements du régime obligatoire et de l'organisme d'assurance, en % BRSS de la base de remboursement (BR / TRSS / TA), ou forfaits sans intervention du régime obligatoire	RÉGIME OBLIGATOIRE (Pour information)	N1	N2	N3	N4
Soins et prothèses entrant dans le panier 100% BRSS Santé, remboursés totalement*					
Inlay core et couronne définitive (visible ou non visible)	Remboursement total de la dépense engagée Pour un traitement et un tarif définis par les pouvoirs publics				
Bridge dento-porté					
Couronne transitoire dento-portée					
Appareil amovible en résine					
Réparations sur appareil amovible en résine					
Hors panier 100 % Santé					
Soins					
Honoraires - Soins dentaires	70 % BRSS	100 % BRSS	100 % BRSS	125 % BRSS	150 % BRSS
Prothèses					
Prothèses dentaires (y compris inlay-core) remboursées par l'Assurance maladie	70 % BRSS	150 % BRSS	% BRSS	300 % BRSS	400 % BRSS
Prothèses dentaires (par prothèse) non remboursées par l'Assurance maladie	/	100 €	200 €	200 €	300 €
Orthodontie					
Traitement d'orthodontie remboursé par l'Assurance maladie	100 % BRSS	150 % BRSS	200 % BRSS	300 % BRSS	400 % BRSS
Traitement d'orthodontie non remboursé par l'Assurance maladie (par an)	/	100 €	200 €	200 €	300 €
Implantologie					
Implants (forfait par implant limité à 3 implants / an)	/	/	100 €	200 €	300 €
Parodontologie					
Parodontologie (par an)	/	50 €	100 €	150 €	200 €

*Tel que défini réglementairement.

OPTIQUE	NIVEAU DE GARANTIES				
Remboursements du régime obligatoire et de l'organisme d'assurance, en % de la base de remboursement (BR / TRSS / TA), ou forfaits sans intervention du régime obligatoire	RÉGIME OBLIGATOIRE (Pour information)	N1	N2	N3	N4
Equipements (monture et verres) entrant dans le panier 100 % Santé, remboursés totalement**					
Verre unifocal	Remboursement total de la dépense engagée Pour un équipement et des tarifs définis par les pouvoirs publics				
Monture					
Prestation d'appairage et supplément pour verres teintés					

TABLEAUX DES GARANTIES SANTÉ 2021 (SUITE)

OPTIQUE (SUITE)	NIVEAU DE GARANTIES				
Remboursements du régime obligatoire et de l'organisme d'assurance, en % de la base de remboursement (BR / TRSS / TA), ou forfaits sans intervention du régime obligatoire	RÉGIME OBLIGATOIRE (Pour information)	N1	N2	N3	N4
Equipements (monture et verres) hors panier 100 % Santé*					
a) Equipement à verres simple foyer dont la sphère est comprise entre - 6,00 et + 6,00 dioptries ou dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries	60 % BRSS	150 €	200 €	300 €	350 €
b) Equipement comportant un verre mentionné au a) et un verre mentionné au c)	60 % BRSS	225 €	300 €	450 €	525 €
c) Equipement à verres simple foyer dont la sphère est supérieure à - 6,00 ou + 6,00 dioptries ou dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries et à verres multifocaux ou progressifs	60 % BRSS	300 €	400 €	600 €	700 €
d) Equipement comportant un verre mentionné au a) et un verre mentionné au f)	60 % BRSS	225 €	300 €	450 €	525 €
e) Equipement comportant un verre mentionné au c) et un verre mentionné au f)	60 % BRSS	300 €	400 €	600 €	700 €
f) Equipement pour adulte à verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est hors zone de - 8,00 à + 8,00 dioptries ou à verres multifocaux ou progressifs dont la sphère est hors zone de - 4,00 à + 4,00 dioptries	/	300 €	400 €	600 €	700 €
Lentilles de contact correctrices					
Frais de lentilles remboursées (par an et par bénéficiaire) par l'Assurance maladie	60 % BRSS	100 € (puis 100 % BR pour les lentilles remboursées par l'Assurance maladie obligatoire)	150 € (puis 100 % BR pour les lentilles remboursées par l'Assurance maladie obligatoire)	200 € (puis 100 % BR pour les lentilles remboursées par l'Assurance maladie obligatoire)	250 € (puis 100 % BR pour les lentilles remboursées par l'Assurance maladie obligatoire)
Frais de lentilles non remboursées (par an et par bénéficiaire)	/	100 €	150 €	150 €	200 €
Autres prestations					
Chirurgie de l'œil (par œil)	/	100 €	200 €	300 €	400 €
Matériel pour amblyopie, prestations d'adaptation, autres suppléments optiques remboursés par l'Assurance maladie	60 % BRSS	100 % BRSS	100 % BRSS	100 % BRSS	100 % BRSS

* La prise en charge (incluant le montant versé au titre du Régime obligatoire) des montures au sein de l'équipement est limitée à 100 euros.

** Pour les bénéficiaires 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 bénéficiaires 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 bénéficiaires 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.

De plus, il est prévu d'autres cas dérogatoires aux périodes sus mentionnées pour l'achat de verres uniquement lorsque l'évolution de la vue est liée à des situations médicales particulières.

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. Afin de respecter la réglementation, l'adhérent accepte de transmettre la prescription médicale correspondant à sa demande de remboursement de lunettes.

Le remboursement total pour un équipement composé d'une monture et de deux verres, est garanti au minimum à hauteur des planchers et au maximum à hauteur des plafonds fixés par le décret du 11 janvier 2019 relatif au contenu des contrats d'assurance maladie complémentaire bénéficiant d'aides fiscales et sociales, dans la limite des frais réels engagés.

AIDES AUDITIVES	NIVEAU DE GARANTIES				
Remboursements du régime obligatoire et de l'organisme d'assurance, en % BRSS de la base de remboursement (BR / TRSS / TA), ou forfaits sans intervention du régime obligatoire	RÉGIME OBLIGATOIRE (Pour information)	N1	N2	N3	N4
Aides auditives entrant dans le panier 100 % BRSS Santé, remboursées totalement*					
Aides auditives par appareil (Bénéficiaire de 20 ans et moins ou bénéficiaire atteint de cécité)	Remboursement total de la dépense engagée Pour une aide auditive et des tarifs définis par les pouvoirs publics				
Aides auditives par appareil (Bénéficiaire de plus de 20 ans)					
Aides auditives hors panier 100 % BRSS Santé*					
Aides auditives par appareil (Bénéficiaire de 20 ans et moins ou bénéficiaire atteint de cécité)	60 % BRSS	60 % BRSS + 560 €	60 % BRSS + 610 €	60 % BRSS + 660 €	60 % BRSS + 710 €
Aides auditives par appareil (Bénéficiaire de plus de 20 ans)	60 % BRSS	60 % BRSS + 160 €	60 % BRSS + 200 €	60 % BRSS + 300 €	60 % BRSS + 400 €

* Le remboursement est limité à l'achat d'une aide auditive par oreille tous les 4 ans à partir de la date de délivrance quel que soit l'âge du bénéficiaire.

QUELS SONT MES AVANTAGES ?

- **Garantie à effet immédiat,**
- **Pas de questionnaire médical,**
- **Garanties modulables :** 4 niveaux de remboursement distincts,
- Accès à nos réseaux de soin Kalixia : des **tarifs négociés** pour une prise en charge maîtrisée,
- La possibilité de garder ma protection après **mon départ à la retraite,**
- **Un espace adhérent pour** suivre mes remboursements ou analyser un devis,
- **Des services d'assistance** pour vous accompagner au quotidien.

ADHÉRER : COMMENT ÇA SE PASSE ?

COMPLÉTEZ LE BULLETIN D'ADHÉSION ACCOMPAGNÉ DES PIÈCES JUSTIFICATIVES SUIVANTES :

- Photocopie d'une pièce d'identité,
- Attestation de droits à jour de l'Assurance maladie pour l'ensemble des bénéficiaires,
- RIB ou RIP précisant le code IBAN,
- Copie du dernier bulletin de salaire ou de l'arrêté de nomination ou du contrat de travail,
- Et mandat SEPA pour les agents retraités ou percevant uniquement les indemnités journalières de la Sécurité sociale.

RETOURNEZ VOTRE DOSSIER À L'ADRESSE SUIVANTE :

**Centre de Gestion MGEN
TSA 90061
69626 VILLEURBANNE CEDEX**

ACCOMPAGNEMENT : MES CONTACTS INDISPENSABLES

VOS CONTACTS :



Pour vos demandes de devis :
infodevis-convention-participation@mgen.fr

Pour des informations complémentaires :



Vos contacts MGEN - Gestion

**Centre de Gestion MGEN
TSA 90061
69626 VILLEURBANNE CEDEX**

Tél : 09 72 72 40 50
(prix d'un appel local - du Lundi au Vendredi de 09h00 à 17h00)

