

Efficiency Santé MGEN

Garanties Santé Régime Général

Les montants des remboursements sont exprimés en % de la Base de Remboursement de la Sécurité sociale (BRSS) en vigueur au 1^{er} janvier 2025 ou en forfait en euros. Le présent document n'a pas de valeur contractuelle, les garanties ci-après ne sont pas exhaustives. Pour plus de détails, voir les statuts et règlements mutualistes.



SOINS COURANTS ⁽¹⁾⁽²⁾	SÉCURITÉ SOCIALE	ESSENTIELLE	DÉCOUVERTE	ÉVOLUTION	EXTENSION	OPTIMALE
Honoraires médicaux						
Consultations/Visites de médecins généralistes	70 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Consultations/Visites de médecins spécialistes				OPTAM/ OPTAM-CO ⁽³⁾ 135 %	OPTAM/ OPTAM-CO ⁽³⁾ 150 %	OPTAM/ OPTAM-CO ⁽³⁾ 170 %
				Non OPTAM/ Non OPTAM-CO ⁽³⁾ 115 %	Non OPTAM/ Non OPTAM-CO ⁽³⁾ 130 %	Non OPTAM/ Non OPTAM-CO ⁽³⁾ 150 %
Actes techniques (hors imagerie médicale, radiologie, échographie...)				100 %	OPTAM/ OPTAM-CO ⁽³⁾ 150 %	OPTAM/ OPTAM-CO ⁽³⁾ 170 %
Imagerie médicale, radiologie, échographie...					100 %	100 %
Honoraires paramédicaux						
Honoraires des auxiliaires médicaux						
Infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, pédicures, podologues, orthophonistes, orthoptistes	60 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Analyses et examens de laboratoire						
Analyses - Actes de laboratoire	60 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Médicaments						
Médicaments et sevrage tabagique remboursés par la Sécurité sociale à 65 %	65 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Médicaments remboursés par la Sécurité sociale à 30 %	30 %	30 %				
Médicaments remboursés par la Sécurité sociale à 15 %	15 %	15 %	15 %	15 %	15 %	100 %
Médicaments prescrits non remboursés par la Sécurité sociale	Non pris en charge	-	-	-	20 €/année civile	40 €/année civile
Matériel médical						
Appareillages et dispositifs médicaux						
Accessoires et pansements, petit appareillage et orthopédie	60 %	100 %	100 %	100 %	100 %	150 %
Psychothérapie						
Séances de psychothérapie remboursées par la Sécurité sociale (selon les conditions et tarifs définis par les pouvoirs publics, dans la limite d'un bilan et 11 séances par année civile)	60 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %

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) Les prestations indiquées incluent la part de la Sécurité sociale.

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

+ MGEN	AUTRES SOINS ⁽¹⁾⁽²⁾	SÉCURITÉ SOCIALE	ESSENTIELLE	DÉCOUVERTE	ÉVOLUTION	EXTENSION	OPTIMALE
	Ostéopathie/chiropraxie	Non pris en charge	-	-	15 €/séance (2 séances par année civile)	20 €/séance (4 séances par année civile)	30 €/séance (4 séances par année civile)
	PRÉVENTION ⁽¹⁾⁽²⁾	SÉCURITÉ SOCIALE	ESSENTIELLE	DÉCOUVERTE	ÉVOLUTION	EXTENSION	OPTIMALE
	Contraception non remboursée (féminine et masculine)	Non pris en charge	-	20 €/année civile	40 €/année civile	60 €/année civile	60 €/année civile
	Vaccins et médicaments prescrits non remboursés par la Sécurité sociale	Non pris en charge	-	-	20 €/année civile	30 €/année civile	50 €/année civile
FORFAIT PRÉVENTION ÉQUILIBRE ⁽¹⁾⁽²⁾	SÉCURITÉ SOCIALE	ESSENTIELLE	DÉCOUVERTE	ÉVOLUTION	EXTENSION	OPTIMALE	
Psychothérapie non remboursée par la Sécurité sociale	Non pris en charge	-	-	75 €/année civile	150 €/année civile	175 €/année civile	
Diététique							

HOSPITALISATION ⁽¹⁾⁽²⁾	SÉCURITÉ SOCIALE	ESSENTIELLE	DÉCOUVERTE	ÉVOLUTION	EXTENSION	OPTIMALE
Honoraires médicaux et chirurgicaux						
Honoraires médicaux	80 %	100 %	100 %	OPTAM/ OPTAM-CO ⁽³⁾ 140 % Non OPTAM/ Non OPTAM-CO ⁽³⁾ 120 %	OPTAM/ OPTAM-CO ⁽³⁾ 150 % Non OPTAM/ Non OPTAM-CO ⁽³⁾ 130 %	OPTAM/ OPTAM-CO ⁽³⁾ 180 % Non OPTAM/ Non OPTAM-CO ⁽³⁾ 160 %
Forfait journalier hospitalier						
Forfait journalier hospitalier	Non pris en charge	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Hébergement et frais de séjour						
Frais de séjour	80 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Chambre particulière						
Chambre particulière en court séjour (médecine, chirurgie, obstétrique)	Non pris en charge	-	Prestation conventionnelle ⁽⁴⁾ 50 €/jour	Prestation conventionnelle ⁽⁴⁾ 50 €/jour	Prestation conventionnelle ⁽⁴⁾ 50 €/jour	Prestation conventionnelle ⁽⁴⁾ 50 €/jour
			-	Prestation non conventionnelle ⁽⁵⁾ 25 €/jour	Prestation non conventionnelle ⁽⁵⁾ 31 €/jour	Prestation non conventionnelle ⁽⁵⁾ 45 €/jour
Chambre particulière en maternité			Prestation conventionnelle ⁽⁴⁾ 50 €/jour	Prestation conventionnelle ⁽⁴⁾ 50 €/jour	Prestation conventionnelle ⁽⁴⁾ 50 €/jour	Prestation conventionnelle ⁽⁴⁾ 50 €/jour
			-	Prestation non conventionnelle ⁽⁵⁾ 25 €/jour	Prestation non conventionnelle ⁽⁵⁾ 31 €/jour	Prestation non conventionnelle ⁽⁵⁾ 45 €/jour
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 conventionnelle ⁽⁴⁾ 38,50 €/nuitée	Prestation conventionnelle ⁽⁴⁾ 38,50 €/nuitée	Prestation conventionnelle ⁽⁴⁾ 38,50 €/nuitée
			-	Prestation non conventionnelle ⁽⁵⁾ 15 €/nuitée	Prestation non conventionnelle ⁽⁵⁾ 25 €/nuitée	Prestation non conventionnelle ⁽⁵⁾ 35 €/nuitée

(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) Les prestations indiquées incluent la part de la Sécurité sociale.

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

(4) Prestation conventionnelle : 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) Prestation non conventionnelle.

DENTAIRE ⁽¹⁾⁽²⁾		SÉCURITÉ SOCIALE	ESSENTIELLE	DÉCOUVERTE	ÉVOLUTION	EXTENSION	OPTIMALE
PANIER « 100 % SANTÉ »							
Soins et prothèses totalement remboursés⁽⁶⁾							
100 % SANTÉ	Couronne définitive (sur dent visible ou non visible)	60 %	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						
HORS PANIER « 100 % SANTÉ »							
Soins et prothèses							
Soins							
Soins conservateurs, consultations, chirurgie, radiologie remboursés par la Sécurité sociale	60 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Inlay-onlay remboursé par la Sécurité sociale		100 €	100 €	120 €	170 €	220 €	
Prothèses							
Prothèses fixes (couronnes dento-portées et bridges) remboursées par la Sécurité sociale							
Couronne définitive sur dent visible (incisive, canine et prémolaire)	60 %	100 %	377 €	394 €	406 €	414 €	
Couronne définitive sur dent non visible (molaire)			215 €	245 €	304 €	344 €	
Orthodontie							
Traitements remboursés par la Sécurité sociale							
Traitement actif (par semestre)	100 %	100 %	387 €	410 €	441 €	441 €	
Implantologie							
Prothèse remboursée par la Sécurité sociale							
Couronne sur implant	60 %	107,50 €	107,50 €	197,25 € dans la limite de 2 couronnes sur 2 années civiles puis 107,50 € sur les suivantes	197,25 € dans la limite de 2 couronnes sur 2 années civiles puis 107,50 € sur les suivantes	265,25 € dans la limite de 2 couronnes sur 2 années civiles puis 107,50 € sur les suivantes	
Implant							
Non remboursé par la Sécurité sociale (greffe d'os, inlay implantaire, guide chirurgical...)	Non pris en charge	-	-	Remboursement SS + 250€/implant (limité à 2 implants sur 2 années civiles)	Remboursement SS + 518€/implant (limité à 2 implants sur 2 années civiles)	Remboursement SS + 600€/implant (limité à 2 implants sur 2 années civiles)	
Remboursé par la Sécurité sociale (greffe d'os, inlay implantaire, guide chirurgical...)	100 %	100 %	100 %				

(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) Les prestations indiquées incluent la part de la Sécurité sociale.

(6) Tel que défini réglementairement.

AIDES AUDITIVES ⁽¹⁾⁽²⁾⁽⁷⁾		SÉCURITÉ SOCIALE	ESSENTIELLE	DÉCOUVERTE	ÉVOLUTION	EXTENSION	OPTIMALE
100% SANTÉ	PANIER « 100 % SANTÉ » Équipements remboursés totalement⁽⁶⁾						
	Mutualiste de moins de 20 ans 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 20 ans et plus						
HORS PANIER « 100 % SANTÉ » Équipements							
Mutualiste de 20 ans et plus		60%	400€	670€	870€	920€	1020€

ALLOCATION NOUVEL ENFANT ⁽¹⁾		SÉCURITÉ SOCIALE	ESSENTIELLE	DÉCOUVERTE	ÉVOLUTION	EXTENSION	OPTIMALE
Allocation nouvel enfant		Non pris en charge	-	-	160€/enfant mutualiste	200€/enfant mutualiste	200€/enfant mutualiste

OPTIQUE ⁽¹⁾⁽²⁾⁽⁸⁾		SÉCURITÉ SOCIALE	ESSENTIELLE	DÉCOUVERTE	ÉVOLUTION	EXTENSION	OPTIMALE
Lunettes remboursées par la Sécurité sociale							

100% SANTÉ	PANIER « 100 % SANTÉ » Équipements (monture et verres) remboursés totalement⁽⁶⁾						
	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)							
Prestations dans Kalixia Optique							

Verre unifocal (classe B)	Faible et moyenne correction (catégorie A)	< 16 ans	60%	100%	30€	50€	60€	75€
		≥ 16 ans			30€	60€	70€	85€
Verre multifocal ou progressif (classe B)	Faible et moyenne correction (catégorie C)	≥ 16 ans	60%	100%	105€	120€	140€	160€
Monture (classe B)		< 16 ans	60%	100%	30€	35€	45€	60€
		≥ 16 ans			30€	50€	70€	90€

Prestations hors Kalixia Optique								
Verre unifocal (classe B)	Faible et moyenne correction (catégorie A)	< 16 ans	60%	100%	22,50€	37,50€	45€	60€
		≥ 16 ans			22,50€	45€	52,50€	70€
Verre multifocal ou progressif (classe B)	Faible et moyenne correction (catégorie C)	≥ 16 ans	60%	100%	90€	100€	115€	135€
Monture (classe B)		< 16 ans	60%	100%	30€	35€	45€	60€
		≥ 16 ans			30€	50€	70€	90€

Lentilles de contact correctrices								
Non remboursées par la Sécurité sociale (par œil et par année civile)			Non pris en charge	-	-	54€	65€	100€

(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) Les prestations indiquées incluent la part de la Sécurité sociale.

(6) Tel que défini réglementairement.

(7) 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.

(8) Quand le mutualiste a recours à un opticien partenaire Kalixia Optique ou Kalixia Contacto, 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)

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.

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 2€

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, des frais réels 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.