MGEN Alternative Santé Prévoyance
Garanties Santé

Les montants des remboursements sont exprimés en % de la Base de Remboursement de la Sécurité sociale (BRSS) en vigueur au 1er 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.

mgen
GROUPE VYV

SOINS COURANTS	SÉCURITÉ SOCIALE(1)	MASP SANTÉ 1(1)(2)	MASP SANTÉ 2(1)(2)	MASP SANTÉ 3(1)(2)
Honoraires médicaux				
Consultations/Visites de médecins généralistes	70 %	100 %	100 %	100 %
Consultations/Visites de médecins spécialistes			**OPTAM/OPTAM-CO(3) :** 150 %	**OPTAM/OPTAM-CO(3) :** 200 %
			Non OPTAM/ Non OPTAM-CO(3) : 130 %	**Non OPTAM/ Non OPTAM-CO(3) :** 180 %
Honoraires des sages-femmes			100 %	100 %
Actes techniques hors radiologie			**OPTAM/OPTAM-CO(3) :** 125 %	**OPTAM/OPTAM-CO(3) :** 125 %
			Non OPTAM/ Non OPTAM-CO(3) : 100 %	**Non OPTAM/ Non OPTAM-CO(3) :** 100 %
Radiologie			**OPTAM/OPTAM-CO(3) :** 125 %	**OPTAM/OPTAM-CO(3) :** 125 %
			Non OPTAM/ Non OPTAM-CO(3) : 100 %	**Non OPTAM/ Non OPTAM-CO(3) :** 100 %
Honoraires paramédicaux				
Honoraires des auxiliaires médicaux				
Infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, pédicures, podologues, orthophonistes, orthoptistes	60 %	100 %	125 %	125 %
Analyses et examens de laboratoire				
Analyses - Actes de laboratoire	60 %	100 %	125 %	125 %
Médicaments				
Médicaments remboursés par la Sécurité sociale à 65 %	65 %	100 %	100 %	100 %
Médicaments remboursés par la Sécurité sociale à 30 %	30 %			
Médicaments remboursés par la Sécurité sociale à 15 %	15 %			
Honoraires de pharmacie remboursés par la Sécurité sociale				
Honoraires remboursés par la Sécurité sociale	65 % / 70 %	100 %	100 %	100 %
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 %
Séances de psychothérapie non remboursées par la Sécurité sociale (20 séances max/an)	Non pris en charge	15 €/séance	15 €/séance	20 €/séance
Cures thermales				
Frais de surveillance médicale	70 %	100 %	100 %	100 %
Frais d'hébergement	65 %	Remboursement Sécurité sociale + 75 €/cure	Remboursement Sécurité sociale + 100 €/cure	Remboursement Sécurité sociale + 150 €/cure

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.

SOINS COURANTS	SÉCURITÉ SOCIALE[1]	MASP SANTÉ 1[1][2]	MASP SANTÉ 2[1][2]	MASP SANTÉ 3[1][2]
Matériel médical				
Accessoires et pansements, petit appareillage et orthopédie	60 %	100 %	100 %	100 %
Semelles orthopédiques remboursées par la Sécurité sociale		200 %	200 %	200 %
Autres prothèses (oculaires, mammaires) remboursées par la Sécurité sociale		100 %	100 %	100 %
Médecine douce				
Ostéopathie	Non pris en charge	75 €/année civile	125 €/année civile	150 €/année civile
Acupuncture				
Homéopathie				
Consultations diététicien				
Chiropraxie				
Prévention				
Sevrage tabagique remboursé par la Sécurité sociale	65 %	100 %	100 %	100 %
Vaccins remboursés par la Sécurité sociale				
Contraception non remboursée (féminine et masculine)/Tests de grossesse	Non pris en charge	75 €/année civile	125 €/année civile	150 €/année civile
Vaccins prescrits non remboursés par la Sécurité sociale				
Sevrage tabagique non remboursé par la Sécurité sociale				
Bilan de psychomotricité				
Ostéodensitométrie remboursée ou non remboursée par la Sécurité sociale	70 %/Non pris en charge			

HOSPITALISATION	SÉCURITÉ SOCIALE[1]	MASP SANTÉ 1[1][2]	MASP SANTÉ 2 [1][2]	MASP SANTÉ 3[1][2]
Honoraires médicaux et chirurgicaux				
Honoraires médicaux	80 %	**OPTAM/OPTAM-CO[3] :** 150 %	**OPTAM/OPTAM-CO[3] :** 150 %	**OPTAM/OPTAM-CO[3] :** 200 %
		Non OPTAM/ Non OPTAM-CO[3] : 130 %	**Non OPTAM/ Non OPTAM-CO[3] :** 130 %	**Non OPTAM/ Non OPTAM-CO[3] :** 175 %
Participation forfaitaire « actes lourds »	Non pris en charge	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Forfait journalier hospitalier				
Forfait journalier hospitalier	Non pris en charge	Frais réels		
Hébergement et frais de séjour				
Frais de séjour	80 %	Frais réels		
Chambre particulière				
Chambre particulière avec nuitée (médecine, chirurgie, obstétrique, maternité)[4]	Non pris en charge	30 €/jour	40 €/jour	50 €/jour
Chambre particulière en ambulatoire[4]		15 €	20 €	25 €
Frais d'accompagnant				
Lit d'accompagnement	Non pris en charge	25 €/nuitée	25 €/nuitée	25 €/nuitée
Transport				
Frais de transport pris en charge par la Sécurité sociale	55 %	100 %	100 %	100 %
Autres prestations				
Plafonds annuels de garantie applicables aux hospitalisations à l'étranger	Non pris en charge	70 000 €	85 000 €	100 000 €

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-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.

DENTAIRE	SÉCURITÉ SOCIALE[1]	MASP SANTÉ 1[1][2]	MASP SANTÉ 2[1][2]	MASP SANTÉ 3[1][2]
100 % SANTÉ — **PANIER « 100 % SANTÉ » Soins et prothèses totalement remboursés[5]**				
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 dentaires	60 %	100 %	100 %	100 %
Inlay-onlay remboursé par la Sécurité sociale		150 %	200 %	300 %
Prothèses				
Prothèses dentaires remboursées par la Sécurité sociale	60 %	150 %	200 %	300 %
Inlay-core				
Orthodontie				
Orthodontie remboursée par la Sécurité sociale	60 %	150 %	200 %	300 %
Implantologie				
Implants dentaires non remboursés par la Sécurité sociale	Non pris en charge	250 €/année civile	500 €/année civile	750 €/année civile
Parodontie				
Parodontologie	60 %	Remboursement Sécurité sociale + 50 €/année civile	Remboursement Sécurité sociale + 75 €/année civile	Remboursement Sécurité sociale + 100 €/année civile

AIDES AUDITIVES[6]	SÉCURITÉ SOCIALE[1]	MASP SANTÉ 1[1][2]	MASP SANTÉ 2[1][2]	MASP SANTÉ 3[1][2]
100 % SANTÉ — **PANIER « 100 % SANTÉ » Équipements remboursés totalement[5]**				
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 %	600 €	700 €	800 €
Piles, écouteurs, microphones et embouts remboursés par la Sécurité sociale (par oreille)		100 % + 50 €/année civile	100 % + 50 €/année civile	100 % + 50 €/année civile

(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.
(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.

OPTIQUE[7]	SÉCURITÉ SOCIALE[1]	MASP SANTÉ 1[1][2]	MASP SANTÉ 2[1][2]	MASP SANTÉ 3[1][2]
Lunettes remboursées par la Sécurité sociale				
100 % SANTÉ — **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)				

HORS PANIER « 100 % SANTÉ »
Équipements (monture et verres)

			SÉCURITÉ SOCIALE[1]	MASP SANTÉ 1[1][2][7]	MASP SANTÉ 2[1][2][7]	MASP SANTÉ 3[1][2][7]
Pour 2 verres unifocaux (classe B)	Faible et moyenne correction (catégorie A)	< 16 ans	60 %	50 €	100 €	150 €
		≥ 16 ans				
	Forte correction (catégorie C)	< 16 ans		200 €	260 €	320 €
		≥ 16 ans				
Pour 2 verres multifocaux ou progressifs (classe B)	Faible et moyenne correction (catégorie C)	< 16 ans				
		≥ 16 ans				
	Forte correction (catégorie F)	< 16 ans				
		≥ 16 ans			300 €	400 €
Monture (classe B)		< 16 ans		25 €	35 €	45 €
		≥ 16 ans		30 €	60 €	90 €
Lentilles de contact correctrices						
Remboursées par la Sécurité sociale. Prise en charge du Ticket Modérateur après épuisement du forfait			60 %	100 % + 100 €/année civile	100 % + 135 €/année civile	100 % + 170 €/année civile
Lentilles de contact prescrites et non remboursées par la Sécurité sociale			Non pris en charge			
Autres prestations optiques						
Prestations d'adaptation et d'appairage, suppléments optiques remboursés par la Sécurité sociale			60 %	100 %	100 %	100 %
Chirurgie réfractive dont kératotomie			Non pris en charge	-	300 €/œil	400 €/œil

(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.
(5) Tel que défini réglementairement.
(7) 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 annuairesante.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.

MGEN, immatriculée sous le numéro SIREN 775 685 399, mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du code de la Mutualité, sise 3, square Max Hymans - 75748 Paris CEDEX 15.
Ressources Mutuelles Assistance – Union d'assistance soumise aux dispositions du Livre II du code de la Mutualité, dont le siège social est situé 46, rue du Moulin - CS 32427 - 44124 Vertou CEDEX.
Immatriculée au répertoire Sirene sous le numéro SIREN 444 269 682. Numéro LEI 969500YZ86NRB0ATRB28.
Document publicitaire n'ayant pas de valeur contractuelle. Les conditions de garanties figurent aux Statuts et Règlements mutualistes MGEN.

www.antigel.agency - 03613 - Janvier 2025 - © Camilo Huinca, illustration - Réf : MASP_TABLEAU_GARANTIES_0125