

MGEN Ministères Sociaux

Garanties Santé

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.



GRUPE **vyv**

SOINS COURANTS	SÉCURITÉ SOCIALE ⁽¹⁾	MMS BASE SANTÉ ⁽¹⁾⁽²⁾	MMS SANTÉ 1 ⁽¹⁾⁽²⁾	MMS SANTÉ 2 ⁽¹⁾⁽²⁾	MMS SANTÉ 3 ⁽¹⁾⁽²⁾		
Honoraires médicaux							
Honoraires médicaux							
Consultations/Visites de médecins généralistes	70 %	100 %	100 %	OPTAM ⁽³⁾ : 140 % Non OPTAM ⁽³⁾ : 120 %	OPTAM ⁽³⁾ : 140 % Non OPTAM ⁽³⁾ : 120 %		
Consultations/Visites de médecins spécialistes			OPTAM/ OPTAM-CO ⁽³⁾ : 130 % Non OPTAM/ Non OPTAM-CO ⁽³⁾ : 110 %	OPTAM/ OPTAM-CO ⁽³⁾ : 160 % Non OPTAM/ Non OPTAM-CO ⁽³⁾ : 140 %	OPTAM/ OPTAM-CO ⁽³⁾ : 200 % Non OPTAM/ Non OPTAM-CO ⁽³⁾ : 180 %		
Honoraires des sages-femmes			100 %	120 %	120 %		
Actes techniques hors radiologie			100 %	120 %	120 %		
Radiologie			OPTAM/ OPTAM-CO ⁽³⁾ : 130 % Non OPTAM/ Non OPTAM-CO ⁽³⁾ : 110 %	OPTAM/ OPTAM-CO ⁽³⁾ : 140 % Non OPTAM/ Non OPTAM-CO ⁽³⁾ : 120 %	OPTAM/ OPTAM-CO ⁽³⁾ : 160 % Non OPTAM/ Non OPTAM-CO ⁽³⁾ : 140 %		
Honoraires paramédicaux							
Honoraires des auxiliaires médicaux							
Infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, pédicures, podologues, orthophonistes, orthoptistes			60 %	100 %	100 %	120 %	120 %
Analyses et examens de laboratoire							
Actes d'anatomie et de cytologie biologique	70 %	100 %	100 %	120 %	140 %		
Analyses - Actes de laboratoire	60 %						
Médicaments							
Médicaments et sevrage tabagique remboursés par la Sécurité sociale à 65 %	65 %	100 %	100 %	100 %	100 %		
Médicaments remboursés par la Sécurité sociale à 30 %	30 %	30 %					
Médicaments remboursés par la Sécurité sociale à 15 %	15 %	15 %					
Honoraires de pharmacie remboursés par la Sécurité sociale							
Honoraires remboursés par la Sécurité sociale	65 % / 70 %	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-Obstétriciens) prévus par la Convention nationale du 25 août 2016, applicable aux médecins libéraux, de ceux des médecins non adhérents.

SOINS COURANTS	SÉCURITÉ SOCIALE ⁽¹⁾	MMS BASE SANTÉ ⁽¹⁾⁽²⁾	MMS SANTÉ 1 ⁽¹⁾⁽²⁾	MMS SANTÉ 2 ⁽¹⁾⁽²⁾	MMS SANTÉ 3 ⁽¹⁾⁽²⁾
Cures thermales					
Frais de surveillance médicale	70 %	70 %	100 %	100 %	100 %
Forfait thermal	65 %	65 %	230 €/cure	230 €/cure	230 €/cure
Frais d'hébergement			100 %	100 %	100 %
Frais de transport	55 %				
Matériel médical					
Grand appareillage et véhicules adaptés	100 %	100 %	200 %	250 %	300 %
Orthèses dont bas, collants et chaussettes de contention	60 %		135 %	150 %	200 %
Accessoires et pansements, petit appareillage et orthopédie					
Autres équipements non remboursés par la Sécurité sociale	Non pris en charge	-	25 €	50 €	75 €
Prothèse mammaire (par prothèse et par année civile)	60 %	Remboursement Sécurité sociale + 350 €	Remboursement Sécurité sociale + 600 €	Remboursement Sécurité sociale + 600 €	Remboursement Sécurité sociale + 600 €
Médecine douce					
Ostéopathie	Non pris en charge	-	100 €/année civile	120 €/année civile	140 €/année civile
Psychothérapie non remboursée par la Sécurité sociale					
Acupuncture					
Consultations diététicien					
Nutritionniste					
Chiropraxie					
Psychomotricien					
Podologue/pédicure					
Shiatsu, réflexologie, étio-pathie, sophrologie, phytothérapie, naturopathie et microkinésithérapie					
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 %
Prévention					
Sevrage tabagique remboursé par la Sécurité sociale	65 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Vaccins remboursés par la Sécurité sociale					
Vaccins prescrits non remboursés par la Sécurité sociale		-	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Médicaments et contraceptifs non remboursés par la Sécurité sociale (par année civile)			40 €	50 €	60 €
Ostéodensitométrie non remboursée par la Sécurité sociale (par acte)	Non pris en charge	50 €	50 €	50 €	50 €
Amniocentèse par année civile			65 €	80 €	100 €
Caryotype foetal par année civile			120 €	135 €	150 €

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.

HOSPITALISATION	SÉCURITÉ SOCIALE ⁽¹⁾	MMS BASE SANTÉ ⁽¹⁾⁽²⁾	MMS SANTÉ 1 ⁽¹⁾⁽²⁾	MMS SANTÉ 2 ⁽¹⁾⁽²⁾	MMS SANTÉ 3 ⁽¹⁾⁽²⁾
Honoraires médicaux et chirurgicaux					
Honoraires médicaux	80 %	100 %	OPTAM/ OPTAM-CO ⁽³⁾ : 150 % Non OPTAM/ Non OPTAM-CO ⁽³⁾ : 130 %	OPTAM/ OPTAM-CO ⁽³⁾ : 200 % Non OPTAM/ Non OPTAM-CO ⁽³⁾ : 180 %	OPTAM/ OPTAM-CO ⁽³⁾ : 300 % Non OPTAM/ Non OPTAM-CO ⁽³⁾ : 200 %
Dépassement sur péridurale ⁽³⁾	Non pris en charge	-	50 €	70 €	80 €
Fécondation in-vitro (par acte) ⁽³⁾		85 €	85 €	85 €	85 €
Participation forfaitaire « actes lourds »		Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Forfait journalier hospitalier					
Forfait journalier hospitalier	Non pris en charge	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Hébergement et frais de séjour					
Frais de séjour	80 %	100 %	100 %	150 %	180 %
Chambre particulière					
Chambre particulière avec nuitée en unités de Médecine, Chirurgie, Obstétrique et Maternité ⁽⁴⁾	Non pris en charge	-	40 €/jour	55 €/jour	70 €/jour
Chambre particulière avec nuitée en unités de Psychiatrie (dans la limite de 60 jours par an) ⁽⁴⁾			30 €/jour	50 €/jour	60 €/jour
Chambre particulière avec nuitée en unités de soins de suite et de réadaptation (dans la limite de 90 jours par an) ⁽⁴⁾			20 €/jour	40 €/jour	50 €/jour
Chambre particulière en ambulatoire (par jour)			15 €	25 €	25 €
Autre frais liés à l'hébergement					
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					
Forfait d'accompagnement (par jour) ⁽⁴⁾	Non pris en charge	25 €	30 €	35 €	35 €
Forfait télévision (par jour)		-	2 €	3 €	5 €
Transport					
Frais de transport pris en charge par la Sécurité sociale	55 %	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-Obstétriciens) prévus par la Convention nationale du 25 août 2016, applicable aux médecins libéraux, de ceux des médecins non adhérents. Pour les dépassements sur péridurale et fécondation in vitro remboursés par la sécurité sociale, limitation aux actes réalisés par les médecins adhérents aux dispositifs de pratiques tarifaire maîtrisée.

(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⁾	MMS BASE SANTÉ ⁽¹⁾⁽²⁾	MMS SANTÉ 1 ⁽¹⁾⁽²⁾	MMS SANTÉ 2 ⁽¹⁾⁽²⁾	MMS SANTÉ 3 ⁽¹⁾⁽²⁾
PANIER « 100 % SANTÉ »						
Soins et prothèses totalement remboursés⁽⁴⁾						
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 dentaires, consultations et soins conservateurs ou chirurgicaux remboursables par la Sécurité sociale réalisés par un médecin stomatologue ayant adhéré à une option de pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM ou OPTAM-CO) ⁽³⁾ ou par un chirurgien-dentiste		60 %	100 %	100 %	120 %	140 %
Soins dentaires, consultations et soins conservateurs ou chirurgicaux remboursables par la Sécurité sociale réalisés par un médecin stomatologue n'ayant pas adhéré à une option de pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM ou OPTAM-CO) ⁽³⁾					100 %	120 %
Inlay-onlay remboursé par la Sécurité sociale				150 %	200 %	250 %
Prothèses						
Prestations remboursées par la Sécurité sociale						
Inlay-core		60 %	100 %	120 %	150 %	200 %
Prothèses dentaires				250 %	300 %	350 %
Rebasage, réparation, adjonction, renfort				100 %	100 %	100 %
Dépassement sur rebasage, réparation, adjonction, renfort (par année civile)		Non pris en charge	-	200 €	200 €	200 €
Prestations non remboursées par la Sécurité sociale						
Prothèse dentaire transitoire (par prothèse)		Non pris en charge	-	30 €	50 €	50 €
Prothèse fixe (par prothèse)			-	150 €	300 €	430 €
Orthodontie						
Traitements remboursés par la Sécurité sociale						
Traitement actif		100 %	125 %	250 %	350 %	400 %
1 ^{ère} année de contention			100 %		250 %	250 %
2 ^e année de contention et autres soins d'orthodontie		60 %				
Prestations non remboursées par la Sécurité sociale						
Traitement actif d'orthodontie ou 1 ^{ère} année de contention pour les plus de 16 ans (par semestre)		Non pris en charge	70 %	350 €	350 €	450 €
Implantologie						
Actes d'implantologie remboursés ou non par la Sécurité sociale		60%/Non pris en charge	100 %	100 %	100 %	100 %
Couronne sur implant remboursée par la Sécurité sociale		60 %		300 %	350 %	400 %
Implant racine remboursé ou non par la Sécurité sociale (maximum 2 implants par année civile)		60%/Non pris en charge	100 % si remboursement Sécurité sociale	450 €	650 €	800 €
Parodontologie						
Parodontologie non remboursée par la Sécurité sociale (par année civile)		Non pris en charge	-	250 €	300 €	400 €

(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) Tel que défini réglementairement.

AIDES AUDITIVES ⁽⁴⁾			SÉCURITÉ SOCIALE ⁽¹⁾	MMS BASE SANTÉ ⁽¹⁾⁽²⁾	MMS SANTÉ 1 ⁽¹⁾⁽²⁾	MMS SANTÉ 2 ⁽¹⁾⁽²⁾	MMS SANTÉ 3 ⁽¹⁾⁽²⁾
100 % SANTÉ	PANIER « 100 % SANTÉ » Équipements remboursés totalement ⁽³⁾						
	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 %	100 %	600 €/oreille	700 €/oreille	800 €/oreille
Frais d'entretien et réparation							
Piles, écouteurs, microphones et embouts remboursés par la Sécurité sociale (par oreille et par an)			60 %	100 %	170 %	185 %	200 %
Bilan acoustique du nouveau-né			Non pris en charge	23 €	23 €	23 €	23 €

OPTIQUE ⁽⁵⁾			SÉCURITÉ SOCIALE ⁽¹⁾	MMS BASE SANTÉ ⁽¹⁾⁽²⁾	MMS SANTÉ 1 ⁽¹⁾⁽²⁾	MMS SANTÉ 2 ⁽¹⁾⁽²⁾	MMS SANTÉ 3 ⁽¹⁾⁽²⁾
Lunettes remboursées par la Sécurité sociale							
100 % SANTÉ	PANIER « 100 % SANTÉ » Équipements (monture et verres) remboursés totalement ⁽³⁾						
	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) ⁽⁵⁾							
			SÉCURITÉ SOCIALE ⁽¹⁾	MMS BASE SANTÉ ⁽¹⁾⁽²⁾⁽⁵⁾	MMS SANTÉ 1 ⁽¹⁾⁽²⁾⁽⁵⁾	MMS SANTÉ 2 ⁽¹⁾⁽²⁾⁽⁵⁾	MMS SANTÉ 3 ⁽¹⁾⁽²⁾⁽⁵⁾
Verre unifocal (classe B)	Faible et moyenne correction (catégorie A)	< 16 ans	60 %	100 %	35 €	50 €	70 €
		≥ 16 ans		20 €	25 €	40 €	45 €
	Forte correction (catégorie C)	< 16 ans		100 %	85 €	90 €	100 €
		≥ 16 ans		85 €	85 €	100 €	125 €
Verre multifocal ou progressif (classe B)	Faible et moyenne correction (catégorie C)	< 16 ans		100 %	95 €	100 €	110 €
		≥ 16 ans		85 €	85 €	100 €	125 €
	Forte correction (catégorie F)	< 16 ans		100 %	100 €	110 €	120 €
		≥ 16 ans		85 €	115 €	150 €	170 €
Monture (classe B)	< 16 ans	100 %	45 €	65 €	80 €		
	≥ 16 ans	30 €	50 €	70 €	90 €		
Lentilles de contact correctrices							
Lentilles de contact prescrites et remboursées par la Sécurité sociale (par œil et par année civile). Prise en charge du Ticket Modérateur après épuisement du forfait			60 %	100 €	140 €	160 €	180 €
Lentilles de contact prescrites et non remboursées par la Sécurité sociale (par œil et par année civile)			Non pris en charge				
Autres prestations optiques							
Suppléments optique et prestations d'adaptation et d'appariage remboursés par la Sécurité sociale			60 %	100 %	120 %	150 %	200 %
Chirurgie réfractive (par œil et par année civile)			Non pris en charge	-	250 €	350 €	450 €

(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) Tel que défini réglementairement.

(4) 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.

(5) 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 de la monture, 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.

OPTION

SURCOMPLÉMENTAIRE Accessible uniquement en complément des offres Santé 1, Santé 2 et Santé 3			SURCOMPLÉMENTAIRE
Médicines douces			
Ostéopathie			+ 100 €/année civile
Psychothérapie			
Acupuncture			
Diététicien			
Nutritionniste			
Chiropracteur			
Psychomotricien			
Podologue/pédicure			
Shiatsu, réflexologie, étio-pathie, sophrologie, phytothérapie, naturopathie et microkinésithérapie			
Hospitalisation			
Chambre particulière avec nuitée en unités de médecine, chirurgie, obstétrique et maternité			+20 €
Chambre particulière en ambulatoire (par jour)			+ 5 €
Dentaire			
Prestations remboursées par la Sécurité sociale			
Inlay-core			+ 30 %
Prothèse dentaire			+ 100 %
Prestations non remboursées par la Sécurité sociale			
Prothèse fixe (par prothèse)			+100 €
Optique			
HORS PANIER « 100 % SANTÉ »			
Équipements (monture et verres)			
Verre unifocal (classe B)	Faible et moyenne correction (catégorie A)	< 16 ans	+30 €
		≥ 16 ans	
	Forte correction (catégorie C)	< 16 ans	
		≥ 16 ans	
Verre multifocal ou progressif (classe B)	Faible et moyenne correction (catégorie C)	< 16 ans	+50 €
		≥ 16 ans	+30 €
	Forte correction (catégorie F)	< 16 ans	+50 €
		≥ 16 ans	
Monture (classe B)		≥ 16 ans	+50 € (dans la limite du montant de 100 € pour la part Sécurité sociale et mutuelle)
Lentilles de contact correctrices			
Lentilles de contact prescrites et remboursées par la Sécurité sociale (par œil et par année civile). Prise en charge du Ticket Modérateur après épuisement du forfait			+50 €
Lentilles de contact prescrites et non remboursées par la Sécurité sociale (par œil et par année civile)			



→ 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.