

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. 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	SÉCURITÉ SOCIALE ⁽¹⁾	MGEN SANTÉ 2 ⁽¹⁾	SÉCURITÉ SOCIALE + MGEN ⁽¹⁾
Honoraires médicaux			
Consultations/Visites de médecins généralistes	70%	OPTAM⁽²⁾ : 70% Non OPTAM⁽²⁾ : 50%	OPTAM⁽²⁾ : 140% Non OPTAM⁽²⁾ : 120%
Consultations/Visites de médecins spécialistes	70%	OPTAM/OPTAM-CO⁽²⁾ : 90% Non OPTAM/ Non OPTAM-CO⁽²⁾ : 70%	OPTAM/OPTAM-CO⁽²⁾ : 160% Non OPTAM/ Non OPTAM-CO⁽²⁾ : 140%
Honoraires des sages-femmes	70%	50%	120%
Actes techniques hors radiologie	70%	OPTAM/OPTAM-CO⁽²⁾ : 50% Non OPTAM/ Non OPTAM-CO⁽²⁾ : 30%	OPTAM/OPTAM-CO⁽²⁾ : 120% Non OPTAM/ Non OPTAM-CO⁽²⁾ : 100%
Radiologie	70%	OPTAM/OPTAM-CO⁽²⁾ : 70% Non OPTAM/ Non OPTAM-CO⁽²⁾ : 50%	OPTAM/OPTAM-CO⁽²⁾ : 140% Non OPTAM/ Non OPTAM-CO⁽²⁾ : 120%
Honoraires paramédicaux			
Honoraires des auxiliaires médicaux			
Infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, pédicures, podologues, orthophonistes, orthoptistes	60%	60%	120%
Analyses et examens de laboratoire			
Actes d'anatomie et de cytologie biologique	70%	50%	120%
Analyses - Actes de laboratoire	60%	60%	120%
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%
Médicaments remboursés par la Sécurité sociale à 15%	15%	85%	100%
Honoraires de pharmacie remboursés par la Sécurité sociale			
Honoraires remboursés par la Sécurité sociale	65% / 70%	35% / 30%	100%
Cures thermales			
Frais de surveillance médicale	70%	30%	100%
Forfait thermal		35%	100%
Frais d'hébergement	65%	230€/cure - Remboursement Sécurité sociale	230€/cure
Frais de transport		35%	100%
Matériel médical			
Grand appareillage et véhicules pour handicapés	100%	150%	250%
Orthèses dont bas, collants et chaussettes de contention		190%	250%
Accessoires et pansements, petit appareillage et orthopédie	60%	90%	150%
Autres équipements non remboursés par la Sécurité sociale	Non pris en charge	50€	50€
Prothèse mammaire (par prothèse et par année civile)	60%	600€ - Remboursement Sécurité sociale	600€

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) 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⁾	MGEN SANTÉ 2 ⁽¹⁾	SÉCURITÉ SOCIALE + MGEN ⁽¹⁾
Médecine douce			
Ostéopathie	Non pris en charge	120€/année civile	
Psychothérapie			
Acupuncture			
Consultations diététicien			
Nutritionniste			
Chiropraxie			
Psychomotricien			
Podologue/pédicure			
Shiatsu, réflexologie, étiopathie, sophrologie, phytothérapie, naturopathie et microkinésithérapie			
Prévention			
Sevrage tabagique remboursé par la Sécurité sociale	65 %	35 %	100 %
Vaccins remboursés par la Sécurité sociale			
Vaccins prescrits non remboursés par la Sécurité sociale		Frais réels	
Médicaments et contraceptifs non remboursés par la Sécurité sociale		50 €	
Ostéodensitométrie non remboursée par la Sécurité sociale (par acte)	Non pris en charge	50 €	
Amniocentèse par année civile		80 €	
Caryotype fœtal par année civile		135 €	

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.

HOSPITALISATION	SÉCURITÉ SOCIALE ⁽¹⁾	MGEN SANTÉ 2 ⁽¹⁾	SÉCURITÉ SOCIALE + MGEN ⁽¹⁾
Honoraires médicaux et chirurgicaux			
Honoraires médicaux	80%	OPTAM/OPTAM-CO ⁽²⁾ : 120% Non OPTAM/ Non OPTAM-CO ⁽²⁾ : 100%	OPTAM/OPTAM-CO ⁽²⁾ : 200% Non OPTAM/ Non OPTAM-CO ⁽²⁾ : 180%
Dépassement sur péridurale ⁽²⁾	Non pris en charge	70€	70€
Fécondation in-vitro (par acte) ⁽²⁾		85€	85€
Prise en charge de l'intégralité de la participation forfaitaire « actes lourds »		Oui	Oui
Forfait journalier hospitalier			
Forfait journalier hospitalier	Non pris en charge		Frais réels
Hébergement et frais de séjour			
Frais de séjour	80%	70%	150%
Chambre particulière			
Chambre particulière avec nuitée en unités de Médecine, Chirurgie, Obstétrique et Maternité ⁽³⁾	Non pris en charge		55€/jour
Chambre particulière avec nuitée en unités de Psychiatrie (dans la limite de 60 jours par an) ⁽³⁾			50€/jour
Chambre particulière avec nuitée en unités de soins de suite et de réadaptation (dans la limite de 90 jours par an) ⁽³⁾			40€/jour
Chambre particulière en ambulatoire (par jour)			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) ⁽³⁾	Non pris en charge		35€
Forfait télévision (par jour)			3€
Transport			
Frais de transport pris en charge par la Sécurité sociale	65%	35%	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) 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.
- (3) Pour la chambre particulière (séjours avec nuitée(s) et séjours ambulatoires), si le Membre Participant ou son Bénéficiaire a recours à un établissement conventionné avec la Fédération Nationale de la Mutualité Française (FNMF), il peut bénéficier de tarifs négociés ainsi que de la dispense d'avance de frais dans la limite des prestations définies ci-dessus.

	DENTAIRE	SÉCURITÉ SOCIALE ⁽¹⁾	MGEN SANTÉ 2 ⁽¹⁾	SÉCURITÉ SOCIALE + MGEN ⁽¹⁾
100% SANTÉ	PANIER « 100% SANTÉ » Soins et prothèses totalement remboursés⁽⁴⁾			
	Bridge dento-porté	70%	Remboursement total de la dépense engagée. Pour un traitement et un tarif définis par les pouvoirs publics.	
	Couronne définitive (sur dent visible ou non visible)			
	Inlay-core (avec ou sans clavette)			
	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) ⁽²⁾ ou par un chirurgien-dentiste	70%	50%	120%	
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) ⁽²⁾ ou par un chirurgien-dentiste		30%	100%	
Inlay-onlay remboursé par la Sécurité sociale		130%	200%	
Prothèses				
Prestations remboursées par la Sécurité sociale				
Inlay-core	70%	80%	150%	
Prothèses dentaires		230%	300%	
Rebasage, réparation, adjonction, renfort		30%	100%	
Dépassement sur rebasage, réparation, adjonction, renfort (par année civile)	Non pris en charge	200€	200€	
Prestations non remboursées par la Sécurité sociale				
Prothèse dentaire transitoire (par prothèse)	Non pris en charge	50€	50€	
Prothèse fixe (par prothèse)		300€	300€	
Orthodontie				
Traitements remboursés par la Sécurité sociale				
Traitement actif (par semestre)	100%	250%	350%	
1 ^{ère} année de contention	100%	150%	250%	
2 ^e année de contention et autres soins d'orthodontie	70%	180%	250%	
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	350€	350€	
Implantologie				
Actes d'implantologie remboursés ou non par la Sécurité sociale	70%/Non pris en charge	30%/100%	100%	
Couronne sur implant remboursée par la Sécurité sociale	70%	280%	350%	
Implant racine remboursé ou non par la Sécurité sociale (maximum 2 implants par année civile)	70%/Non pris en charge	650€ - Remboursement Sécurité sociale	650€	
Parodontie				
Parodontologie non remboursée par la Sécurité sociale (par année civile)	Non pris en charge	300€	300€	

(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) 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		SÉCURITÉ SOCIALE ⁽¹⁾	MGEN SANTÉ 2 ⁽¹⁾	SÉCURITÉ SOCIALE + MGEN ⁽¹⁾
100% SANTÉ	PANIER « 100% SANTÉ » Équipements remboursés totalement ⁽⁴⁾			
	Mutualiste de 20 ans et moins ou mutualiste atteint de cécité			Remboursement total de la dépense engagée. Pour des aides auditives et des tarifs définis par les pouvoirs publics
Mutualiste de plus de 20 ans	60%			
HORS PANIER « 100% SANTÉ » Équipements				
	Mutualiste de plus de 20 ans ⁽⁵⁾	60%	460 €	700 €/oreille
Frais d'entretien et réparation				
	Piles, écouteurs, microphones et embouts remboursés par la Sécurité sociale (par oreille et par an)	60%	125 %	185 %
	Bilan acoustique du nouveau-né	Non pris en charge	23 €	23 €

(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.

(4) Tel que défini réglementairement.

(5) 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			SÉCURITÉ SOCIALE ⁽¹⁾	MGEN SANTÉ 2 ⁽¹⁾	SÉCURITÉ SOCIALE + MGEN ⁽¹⁾
Lunettes remboursées par la Sécurité sociale					
100% SANTÉ	PANIER « 100% SANTÉ »				
	Équipements (monture et verres) remboursés totalement⁽⁴⁾				
	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) ⁽⁴⁾					
			SÉCURITÉ SOCIALE ⁽¹⁾	MGEN SANTÉ 2 ⁽¹⁾	SÉCURITÉ SOCIALE + MGEN ⁽¹⁾⁽⁶⁾
Verre unifocal (classe B)	Faible et moyenne correction (catégorie a)	< 16 ans	60%	49,97€	50€
		≥ 16 ans		39,97€	40€
	Forte correction (catégorie c)	< 16 ans		89,97€	90€
		≥ 16 ans		99,97€	100€
Verre multifocal ou progressif (classe B)	Faible et moyenne correction (catégorie c)	< 16 ans		99,97€	100€
		≥ 16 ans		99,97€	100€
	Forte correction (catégorie f)	< 16 ans		109,97€	110€
		≥ 16 ans		149,97€	150€
Monture (classe B)	< 16 ans	64,97€	65€		
	≥ 16 ans	69,97€	70€		
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%	160€ - Remboursement Sécurité sociale	160€
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'appairage remboursés par la Sécurité sociale			60%	90%	150%
Chirurgie réfractive (par œil et par année civile)			Non pris en charge	350€	350€

(1) Taux de prise en charge de la Sécurité sociale donnés à titre indicatif.

(4) Tel que défini réglementairement.

(6) 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.

OPTION

SURCOMPLÉMENTAIRE Accessible uniquement en complément des offres Santé 1, Santé 2 et Santé 3			SURCOMPLÉMENTAIRE
Médecines douces			
Ostéopathie			+ 100€/année civile
Psychothérapie			
Acupuncture			
Diététicien			
Nutritionniste			
Chiropracteur			
Psychomotricien			
Podologue/pédicure			
Shiatsu, réflexologie, étiopathie, 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	+30€
	Forte correction (catégorie c)	< 16 ans	+30€
		≥ 16 ans	+30€
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	+50€
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)			

LES MOTS DE LA SANTÉ DÉCRYPTÉS

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 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.

