

VOS GARANTIES SANTÉ MGEN RÉFÉRENCE

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 RÉFÉRENCE ⁽¹⁾ | SÉCURITÉ SOCIALE + MGEN ⁽¹⁾ |
|---|---------------------------------|-------------------------------|--|
| Honoraires médicaux | | | |
| Consultations/Visites de médecins généralistes | 70% | 30% | 100% |
| Consultations/Visites de médecins spécialistes | | | |
| Actes techniques dont radiologie | | | |
| Honoraires paramédicaux | | | |
| Honoraires des auxiliaires médicaux | | | |
| Infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, pédicures, podologues, orthophonistes, orthoptistes | 60% | 40% | 100% |
| Analyses et examens de laboratoire | | | |
| Analyses - Actes de laboratoire | 60% | 40% | 100% |
| 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% |
| Matériel médical | | | |
| Semelles orthopédiques remboursées par la Sécurité sociale | 60% | 170% | 230% |

| + MGEN | FORFAIT SE SOIGNER AUTREMENT | SÉCURITÉ SOCIALE ⁽¹⁾ | MGEN RÉFÉRENCE ⁽¹⁾ | |
|---|--|---------------------------------|--|--|
| | Ostéopathie | Non pris en charge | 80 €/année civile avec un maximum de 40 € par séance | |
| | Acupuncture | 70%/Non pris en charge | | |
| | Homéopathie ⁽²⁾ | Non pris en charge | | |
| | Consultations diététicien | Non pris en charge | 15 € par séance | |
| | Chiropraxie | | | |
| | Psychothérapie (20 séances maximum par année civile) | | | |
| PRÉVENTION | SÉCURITÉ SOCIALE ⁽¹⁾ | MGEN RÉFÉRENCE ⁽¹⁾ | SÉCURITÉ SOCIALE + MGEN ⁽¹⁾ | |
| Contraception non remboursée (féminine et masculine)/Tests de grossesse | Non pris en charge | 75 €/année civile | | |
| Vaccins prescrits non remboursés par la Sécurité sociale | | | | |
| Dépistage Prénatal Non Invasif (DPNI)/Amniocentèse | 60% | 183 €/acte | Remboursement Sécurité sociale pour le DPNI + 183 €/acte | |

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) La limite de 40 € par séance ne s'applique pas à l'homéopathie.

| HOSPITALISATION | SÉCURITÉ SOCIALE ⁽¹⁾ | MGEN RÉFÉRENCE ⁽¹⁾ | SÉCURITÉ SOCIALE + MGEN ⁽¹⁾ |
|--|---------------------------------|---|---|
| Honoraires médicaux et chirurgicaux | | | |
| Honoraires médicaux | 80% | OPTAM/OPTAM-CO ⁽³⁾ : 70% Non OPTAM/ Non OPTAM-CO ⁽³⁾ : 50% | OPTAM/OPTAM-CO ⁽³⁾ : 150% Non OPTAM/ Non OPTAM-CO ⁽³⁾ : 130% |
| Forfait journalier hospitalier | | | |
| Forfait journalier hospitalier | Non pris en charge | Frais réels | |
| Hébergement et frais de séjour | | | |
| Frais de séjour | 80% | 20% | 100% |
| Chambre particulière | | | |
| Chambre particulière en soins de suite et de réadaptation | Non pris en charge | Prestation conventionnelle⁽⁴⁾ 35 €/jour | Prestation non conventionnelle 18,50 €/jour |
| Chambre particulière en psychiatrie | | Prestation conventionnelle⁽⁴⁾ 40 €/jour | Prestation non conventionnelle 30 €/jour |
| Chambre particulière en court séjour (médecine, chirurgie, obstétrique) | | Prestation conventionnelle⁽⁴⁾ 45 €/jour | Prestation non conventionnelle 33 €/jour |
| Chambre particulière en maternité | | Prestation conventionnelle⁽⁴⁾ 50 €/jour | Prestation non conventionnelle 33 €/jour |
| Chambre particulière en chirurgie ambulatoire avec anesthésie (sans nuitée) | | Prestation conventionnelle uniquement 15 € | |
| Frais d'accompagnant | | | Prestation conventionnelle⁽⁴⁾ 38,50 €/nuitée |
| 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 | | |

(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.

(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⁾ | MGEN RÉFÉRENCE ⁽¹⁾ | SÉCURITÉ SOCIALE + MGEN ⁽¹⁾ |
|--|---|---------------------------------|--|--|
| 100% SANTÉ | PANIER « 100% SANTÉ » Soins et prothèses totalement remboursés⁽⁵⁾ | | | |
| | Couronne définitive (sur dent visible ou non visible) | 70% | 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 | | 70% | 30% | 100% |
| Inlay-onlay remboursé par la Sécurité sociale | | 70% | 150€ sous déduction du remboursement réalisé par la Sécurité sociale | 150€ |
| Prothèses | | | | |
| Prothèses fixes (couronnes dento-portées et bridges) remboursées par la Sécurité sociale | | | | |
| Couronne définitive sur dent visible (incisive, canine et prémolaire) - couronne céramo-métallique - couronne céramo-céramique | | 70% | 420€ sous déduction du remboursement réalisé par la Sécurité sociale | 420€ |
| Couronne définitive sur dent non visible (molaire) - couronne céramo-métallique - couronne céramo-céramique | | 70% | 216€ sous déduction du remboursement réalisé par la Sécurité sociale | 216€ |
| Orthodontie | | | | |
| Traitements remboursés par la Sécurité sociale | | | | |
| Traitement actif (par semestre) | | 100% | 348,50€ | 542€ |
| Implantologie | | | | |
| Couronne sur implant | | 70% | 200€ dans la limite de 2 couronnes sur 2 années civiles puis 161,25€ sur les suivantes sous déduction du remboursement réalisé par la Sécurité sociale | 200€ dans la limite de 2 couronnes sur 2 années civiles puis 161,25€ sur les suivantes |
| Implant non remboursé par la Sécurité sociale | | | | |
| Implant | | Non pris en charge | 500€/implant (limité à 2 implants sur 2 années civiles) | |

(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.

(5) Tel que défini réglementairement.

| AIDES AUDITIVES | | SÉCURITÉ SOCIALE ⁽¹⁾ | MGEN RÉFÉRENCE ⁽¹⁾ | SÉCURITÉ SOCIALE + MGEN ⁽¹⁾ | |
|--|--|---|--|---|-------|
| 100% SANTÉ | PANIER « 100% SANTÉ » | | | | |
| | Équipements remboursés totalement⁽⁵⁾ | | | | |
| | Mutualiste de 20 ans et moins 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 plus de 20 ans ⁽⁶⁾ | | | | |
| HORS PANIER « 100% SANTÉ » | | | | | |
| Équipements | | | | | |
| Mutualiste de plus de 20 ans ⁽⁶⁾ | 60% | 740 € sous déduction du remboursement de la Sécurité sociale | 740 € | | |
| OPTIQUE | | SÉCURITÉ SOCIALE ⁽¹⁾ | MGEN RÉFÉRENCE ⁽¹⁾ | SÉCURITÉ SOCIALE + MGEN ⁽¹⁾ | |
| 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) | | | | | |
| Prestation d'appairage et supplément pour verres teintés | | | | | |
| HORS PANIER « 100% SANTÉ » | | | | | |
| Équipements (monture et verres) | | | | | |
| Votre offre prévoit également des remboursements en dehors de Kalixia Optique, pour en connaître le montant, référez-vous à votre règlement mutualiste. | | SÉCURITÉ SOCIALE ⁽¹⁾ | PRESTATIONS DANS KALIXIA OPTIQUE ⁽⁷⁾ Montant hors prise en charge Sécurité sociale | PRESTATIONS DANS KALIXIA OPTIQUE ⁽⁷⁾ Montant incluant la prise en charge Sécurité sociale | |
| Verre unifocal (classe B) | Faible et moyenne correction (catégorie a) | 60% | < 16 ans | 44,97 € | 45 € |
| | | | ≥ 16 ans | 44,97 € | 45 € |
| Verre multifocal ou progressif (classe B) | Faible et moyenne correction (catégorie c) | 60% | ≥ 16 ans | 119,97 € | 120 € |
| Monture (classe B) | | 60% | < 16 ans | 34,97 € | 35 € |
| | | | ≥ 16 ans | 59,97 € | 60 € |
| Lentilles de contact correctrices | | | | | |
| Remboursées par la Sécurité sociale (par année civile) | | 60% | Forfait 110 € | Remboursement Sécurité sociale + forfait 110 € | |
| Non remboursées par la Sécurité sociale (par année civile) | | Non pris en charge | | | |
| Autres prestations optiques | | | | | |
| Chirurgie réfractive dont kératotomie (par œil et par année civile) | | Non pris en charge | 365 € | | |

(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.

(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.

(7) 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.

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.

