

MGEN Santé Prévoyance Hospitaliers

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.



GRUPE **vyv**

SOINS COURANTS	SÉCURITÉ SOCIALE ⁽¹⁾	MSPH SANTÉ 1 ⁽¹⁾⁽²⁾	MSPH SANTÉ 2 ⁽¹⁾⁽²⁾	MSPH SANTÉ 3 ⁽¹⁾⁽²⁾	
Honoraires médicaux					
Consultations/Visites de médecins généralistes	70 %	100 %	100 %	100 %	
Consultations/Visites de médecins spécialistes			OPTAM/OPTAM-CO ⁽³⁾ :	200 %	OPTAM/OPTAM-CO ⁽³⁾ :
			Non OPTAM/ Non OPTAM-CO ⁽³⁾ :	130 %	Non OPTAM/ Non OPTAM-CO ⁽³⁾ :
Honoraires des sages-femmes			100 %	100 %	100 %
Actes techniques dont radiologie			OPTAM/OPTAM-CO ⁽³⁾ :	125 %	OPTAM/OPTAM-CO ⁽³⁾ :
	Non OPTAM/ Non OPTAM-CO ⁽³⁾ :	100 %	Non OPTAM/ Non OPTAM-CO ⁽³⁾ :		
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 % (hors homéopathie)	15 %	15 %	Remboursement Sécurité sociale + 25 €/année civile	Remboursement Sécurité sociale + 50 €/année civile	
Médicaments prescrits non remboursés par la Sécurité sociale (hors homéopathie)	Non pris en charge	-			
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 %	
Cures thermales					
Frais de surveillance médicale et pratiques médicales complémentaires	70 %	70 %	100 %	100 %	
Forfait thermal	65 %	65 %			
Frais d'hébergement			Remboursement Sécurité sociale + 100 €/cure	Remboursement Sécurité sociale + 150 €/cure	
Matériel médical					
Semelles orthopédiques remboursées par la Sécurité sociale	60 %	100 %	230 %	350 %	

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.

+ MGEN	FORFAIT SE SOIGNER AUTREMENT	SÉCURITÉ SOCIALE ⁽¹⁾	MSPH SANTÉ 1 ⁽¹⁾⁽²⁾	MSPH SANTÉ 2 ⁽¹⁾⁽²⁾	MSPH SANTÉ 3 ⁽¹⁾⁽²⁾
	Ostéopathie	Non pris en charge	60 €/année civile	125 €/année civile	150 €/année civile
	Acupuncture				
	Homéopathie non remboursée par la Sécurité sociale				
	Consultations diététicien				
	Chiropraxie				
Psychothérapie non remboursée par la Sécurité sociale (20 séances maximum par année civile)		10 € par séance	15 € par séance	20 € par séance	
PRÉVENTION					
Contraception non remboursée (féminine et masculine)/ Tests de grossesse	Non pris en charge	25 €/année civile	125 €/année civile	150 €/année civile	
Vaccins prescrits non remboursés par la Sécurité sociale					
Bilan de psychomotricité		-	-		
Ostéodensitométrie (remboursée ou non par la Sécurité sociale)	- /70%				
Dépistage Prénatal Non Invasif (DPNI)/Amniocentèse	- /100%	100 %	Remboursement Sécurité sociale pour le test ADN + 183 €/acte	Remboursement Sécurité sociale pour le test ADN + 183 €/acte	

HOSPITALISATION	SÉCURITÉ SOCIALE ⁽¹⁾	MSPH SANTÉ 1 ⁽¹⁾⁽²⁾	MSPH SANTÉ 2 ⁽¹⁾⁽²⁾	MSPH 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⁾ : 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		
Forfait journalier psychiatrique				
Hébergement et frais de séjour				
Frais de séjour	80 %	100 %		
Chambre particulière				
Chambre particulière en cas d'hospitalisation avec hébergement (au moins une nuitée) ⁽⁴⁾	Non pris en charge	-	50 €/jour	70 €/jour
Chambre particulière en cas d'hospitalisation ambulatoire (sans nuitée) ⁽⁴⁾			15 €	15 €
Autres frais liés à l'hébergement				
Frais d'accompagnant accordés pour l'accompagnement d'un mutualiste ⁽⁴⁾ : - 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	-	25 €/nuitée	30 €/nuitée

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⁾	MSPH SANTÉ 1 ⁽¹⁾⁽²⁾	MSPH SANTÉ 2 ⁽¹⁾⁽²⁾	MSPH SANTÉ 3 ⁽¹⁾⁽²⁾
100 % SANTÉ	PANIER « 100 % SANTÉ » Soins et prothèses totalement remboursés⁽⁶⁾				
	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 %
Inlay-onlay remboursé par la Sécurité sociale				150 %	150 %
Prothèses					
Prothèses remboursées par la Sécurité sociale : céramo-métallique ou céramo-céramique		60 %	100 %	330 %	430 %
Prothèses remboursées par la Sécurité sociale : alliage précieux				270 %	370 %
Prothèses non remboursées par la Sécurité sociale		Non pris en charge	-	200 €/année civile	400 €/année civile
Appareils amovibles en métal remboursés par la Sécurité sociale		60 %	100 %	270 %	370 %
Orthodontie					
Orthodontie remboursée à 100 % par la Sécurité sociale (traitement actif et 1ère année de contention)		100 %		225 %	265 %
Orthodontie non remboursée par la Sécurité sociale (traitement actif et années de contention)		Non pris en charge	-	300 €/année civile	400 €/année civile
Implantologie					
Non remboursé par la Sécurité sociale (greffe d'os, inlay implantaire, guide chirurgical...)		Non pris en charge	-	Remboursement Sécurité sociale + 500 €/année civile	Remboursement Sécurité sociale + 750 €/année civile
Remboursé par la Sécurité sociale (greffe d'os, inlay implantaire, guide chirurgical...)		100 %	100 %		
Parodontie					
Traitement non remboursé par la Sécurité sociale		Non pris en charge	-	100 €/année civile	400 €/année civile

AIDES AUDITIVES ⁽⁶⁾		SÉCURITÉ SOCIALE ⁽¹⁾	MSPH SANTÉ 1 ⁽¹⁾⁽²⁾	MSPH SANTÉ 2 ⁽¹⁾⁽²⁾	MSPH SANTÉ 3 ⁽¹⁾⁽²⁾
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€	570€	740€

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.

(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)	MSPH SANTÉ 1 (1)(2)	MSPH SANTÉ 2 (1)(2)	MSPH 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 %	100 %	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 %	45 €	60 €
		≥ 16 ans			60 €	80 €
	Forte correction (catégorie C)	< 16 ans			120 €	133,33 €
		≥ 16 ans			140 €	160 €
Verre multifocal ou progressif (classe B)	Faible et moyenne correction (catégorie C)	< 16 ans			120 €	160 €
		≥ 16 ans			140 €	160 €
	Forte correction (classe F)	< 16 ans			120 €	160 €
		≥ 16 ans			160 €	200 €
Monture (classe B)	< 16 ans	35 €	45 €			
	≥ 16 ans	60 €	90 €			
Prestations hors Kalixia Optique						
Verre unifocal (classe B)	Faible et moyenne correction (catégorie A)	< 16 ans	60 %	100 %	33,75 €	45 €
		≥ 16 ans			45 €	60 €
	Forte correction (catégorie C)	< 16 ans			90 €	100 €
		≥ 16 ans			105 €	120 €
Verre multifocal ou progressif (classe B)	Faible et moyenne correction (catégorie C)	< 16 ans			90 €	120 €
		≥ 16 ans			105 €	120 €
	Forte correction (classe F)	< 16 ans			90 €	120 €
		≥ 16 ans			120 €	150 €
Monture (classe B)	< 16 ans	35 €	45 €			
	≥ 16 ans	60 €	90 €			
Lentilles de contact correctrices						
Remboursées par la Sécurité sociale			60 %	100 %	Remboursement Sécurité sociale + 110 €/année civile	Remboursement Sécurité sociale + 170 €/année civile
Non remboursées par la Sécurité sociale			Non pris en charge	-		
Autres prestations optiques						
Chirurgie réfractive dont kératotomie (par année civile)			Non pris en charge	-	365 €/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.