

VOS GARANTIES SANTÉ MGEN SANTÉ 3

Les montants des remboursements sont exprimés en % de la Base de Remboursement de la Sécurité sociale (BRSS) en vigueur au 1^{er} janvier 2022 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 3 ⁽¹⁾	SÉCURITÉ SOCIALE + MGEN ⁽¹⁾
Honoraires médicaux			
Consultations/Visites de médecins généralistes	70%	30%	100%
Consultations/Visites de médecins spécialistes	70%	OPTAM/OPTAM-CO⁽²⁾ : 130%	OPTAM/OPTAM-CO⁽²⁾ : 200%
		Non OPTAM/ Non OPTAM-CO⁽²⁾ : 105%	Non OPTAM/ Non OPTAM-CO⁽²⁾ : 175%
Honoraires des sages-femmes	70%	30%	100%
Actes techniques dont radiologie	70%	OPTAM/OPTAM-CO⁽²⁾ : 55%	OPTAM/OPTAM-CO⁽²⁾ : 125%
		Non OPTAM/ Non OPTAM-CO⁽²⁾ : 30%	Non OPTAM/ Non OPTAM-CO⁽²⁾ : 100%
Honoraires paramédicaux			
Honoraires des auxiliaires médicaux			
Infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, pédicures, podologues, orthophonistes, orthoptistes	60%	65%	125%
Analyses et examens de laboratoire			
Analyses - Actes de laboratoire	60%	65%	125%
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% (hors homéopathie)	15%	50€/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%	35% / 30%	100%
Cures thermales			
Frais de surveillance médicale et pratiques médicales complémentaires	70%	30%	100%
Forfait thermal	65%	35%	100%
Frais d'hébergement		150€/cure	Remboursement Sécurité sociale + 150€/cure
Matériel médical			
Semelles orthopédiques remboursées par la Sécurité sociale	60%	290%	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) 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.

	FORFAIT SE SOIGNER AUTREMENT		MGEN SANTÉ 3 ⁽¹⁾	
		SÉCURITÉ SOCIALE ⁽¹⁾		
+ MGEN	Ostéopathie	Non pris en charge	150 €/année civile	
	Acupuncture			
	Homéopathie non remboursée par la Sécurité sociale			
	Consultations diététicien			
	Chiropraxie			
	Psychothérapie (20 séances max par an)		20 €/séance	
	PRÉVENTION	SÉCURITÉ SOCIALE ⁽¹⁾	MGEN SANTÉ 3 ⁽¹⁾	SÉCURITÉ SOCIALE + MGEN ⁽¹⁾
Contraception non remboursée (féminine et masculine)/Tests de grossesse	Non pris en charge	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%	183 €/acte	Remboursement Sécurité sociale pour le test ADN + 183 €/acte	

HOSPITALISATION	SÉCURITÉ SOCIALE ⁽¹⁾	MGEN SANTÉ 3 ⁽¹⁾	SÉCURITÉ SOCIALE + MGEN ⁽¹⁾
Honoraires médicaux et chirurgicaux			
Honoraires médicaux	80%	OPTAM/OPTAM-CO⁽²⁾ : 120% Non OPTAM/ Non OPTAM-CO⁽²⁾ : 95%	OPTAM/OPTAM-CO⁽²⁾ : 200% Non OPTAM/ Non OPTAM-CO⁽²⁾ : 175%
Prise en charge de l'intégralité de la participation forfaitaire « actes lourds »	Non pris en charge	Oui	Oui
Forfait journalier hospitalier			
Forfait journalier hospitalier	Non pris en charge	Frais réels	
Forfait journalier psychiatrique			
Hébergement et frais de séjour			
Frais de séjour	80%	20%	100%
Chambre particulière			
Chambre particulière en cas d'hospitalisation avec hébergement (au moins une nuitée) ⁽³⁾	Non pris en charge	70 €/jour	
Chambre particulière en cas d'hospitalisation ambulatoire (sans nuitée) ⁽³⁾		15 €	
Autres frais liés à l'hébergement			
Frais d'accompagnant accordés pour l'accompagnement d'un mutualiste ⁽³⁾ : - 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	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) 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 3 ⁽¹⁾	SÉCURITÉ SOCIALE + MGEN ⁽¹⁾
100% SANTÉ	PANIER « 100% SANTÉ » Soins et prothèses totalement remboursés⁽⁴⁾			
	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				
		80%	150%	
Prothèses				
Prothèses remboursées par la Sécurité sociale : céramo-métallique ou céramo-céramique				
	70%	360%	430%	
Prothèses remboursées par la Sécurité sociale : alliage précieux				
		300%	370%	
Prothèses non remboursées par la Sécurité sociale				
	Non pris en charge	400€/année civile	400€/année civile	
Appareils amovibles en métal remboursés par la Sécurité sociale				
	70%	300%	370%	
Orthodontie				
Orthodontie remboursée à 100% par la Sécurité sociale (traitement actif et 1ère année de contention)				
	100%	165%	265%	
Orthodontie non remboursée par la Sécurité sociale (traitement actif et années de contention)				
	Non pris en charge	400€/année civile	400€/année civile	
Implantologie				
Implant				
	Non pris en charge	750€/année civile	750€/année civile	
Parodontie				
Traitement non remboursé par la Sécurité sociale				
	Non pris en charge	400€/année civile	400€/année civile	

AIDES AUDITIVES ⁽⁵⁾		SÉCURITÉ SOCIALE ⁽¹⁾	MGEN SANTÉ 3 ⁽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	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			
HORS PANIER « 100% SANTÉ » Équipements				
	Mutualiste de plus de 20 ans	60%	500€	740€

(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 ⁽⁶⁾			SÉCURITÉ SOCIALE ⁽¹⁾	MGEN SANTÉ 3 ⁽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)				
	Prestation d'appairage et supplément pour verres teintés				
HORS PANIER « 100% SANTÉ » Équipements (monture et verres)⁽⁴⁾					
Prestations dans Kalixia Optique					
Verre unifocal (classe B)	Faible et moyenne correction (catégorie A)	< 16 ans	60%	59,97€	60€
		≥ 16 ans		79,97€	80€
	Forte correction (catégorie C)	< 16 ans		133,30€	133,33€
		≥ 16 ans		159,97€	160€
Verre multifocal ou progressif (classe B)	Faible et moyenne correction (catégorie C)	< 16 ans		159,97€	160€
		≥ 16 ans		159,97€	160€
	Forte correction (classe F)	< 16 ans		159,97€	160€
		≥ 16 ans		199,97€	200€
Monture (classe B)	< 16 ans	44,97€	45€		
	≥ 16 ans	89,97€	90€		
Prestations hors Kalixia Optique					
Verre unifocal (classe B)	Faible et moyenne correction (catégorie A)	< 16 ans	60%	44,97€	45€
		≥ 16 ans		59,97€	60€
	Forte correction (catégorie C)	< 16 ans		99,97€	100€
		≥ 16 ans		119,97€	120€
Verre multifocal ou progressif (classe B)	Faible et moyenne correction (catégorie C)	< 16 ans		119,97€	120€
		≥ 16 ans		119,97€	120€
	Forte correction (classe F)	< 16 ans		119,97€	120€
		≥ 16 ans		149,97€	150€
Monture (classe B)	< 16 ans	44,97€	45€		
	≥ 16 ans	89,97€	90€		
Lentilles de contact correctrices					
Remboursées par la Sécurité sociale (par année civile)			60%	170€/année civile	Remboursement Sécurité sociale + 170€/année civile
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	400€/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.

(4) Tel que défini réglementairement.

(6) 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.

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.

