

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 I ⁽¹⁾	SÉCURITÉ SOCIALE + MGEN ⁽¹⁾
Honoraires médicaux			
Consultations/Visites de médecins généralistes (dont spécialistes en médecine générale)			
Médecins ayant adhéré à une option de pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM ou OPTAM-CO) ⁽²⁾	70%	30%	100%
Médecins n'ayant pas adhéré à une option de pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM ou OPTAM-CO) ⁽²⁾			
Consultations/Visites de médecins spécialistes			
Médecins ayant adhéré à une option de pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM ou OPTAM-CO) ⁽²⁾	70%	30%	100%
Médecins n'ayant pas adhéré à une option de pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM ou OPTAM-CO) ⁽²⁾			
Consultations/Visites de sages-femmes			
Sages-femmes	70%	30%	100%
Actes techniques dont radiologie			
Praticiens ayant adhéré à une option de pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM ou OPTAM-CO) ⁽²⁾	70%	30%	100%
Praticiens n'ayant pas adhéré à une option de pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM ou OPTAM-CO) ⁽²⁾			
Participation forfaitaire « actes lourds » (visée par l'article R.160-16 du Code de la Sécurité sociale)	Non pris en charge		Frais réels
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 honoraires de dispensation remboursés par la Sécurité sociale à 65%	65%	35%	100%
Médicaments et honoraires de dispensation remboursés par la Sécurité sociale à 30%	30%	70%	100%
Médicaments et honoraires de dispensation remboursés par la Sécurité sociale à 15%	15%	Non pris en charge	15%
Honoraires de pharmacie remboursés par la Sécurité sociale			
Honoraires remboursés par la Sécurité sociale	65% / 70%	35% / 30%	100%
Médecine douce			
Ostéopathie/Chiropraxie (séances effectuées par un ostéopathe ou un chiropracteur autorisé à faire usage professionnel du titre enregistré dans sa région)/acupuncture/homéopathie/étiopathie/pédicurie/podologie	Non pris en charge		50€/année civile
Prévention			
Activité physique adaptée ⁽³⁾ (sport sur ordonnance)	Non pris en charge		120€/année civile
Cures thermales			
Forfait cures thermales	Non pris en charge		Néant
Frais de traitement en établissement thermal	70%	30%	100%
Frais d'hébergement (forfait par séjour), sur justificatif de frais d'hébergement	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) Sur prescription médicale et dispensée par un professionnel autorisé pour les patients atteints d'une ALD, dans le cadre des articles L1172-1 et D1172-2 du Code de la santé publique.

SOINS COURANTS	SÉCURITÉ SOCIALE ⁽¹⁾	MGEN SANTÉ I ⁽¹⁾	SÉCURITÉ SOCIALE + MGEN ⁽¹⁾
Transport			
Frais de transport (avec ou sans hospitalisation, y compris pour les cures thermales) remboursés par la Sécurité sociale	65%	35%	100%
Matériel médical			
Appareillages et dispositifs médicaux			
Accessoires et pansements, petit appareillage et orthopédie	60%	100%	160%
Autres prothèses (oculaires, mammaires externes, fauteuils roulants)	100%	60%	160%

HOSPITALISATION	SÉCURITÉ SOCIALE ⁽¹⁾	MGEN SANTÉ I ⁽¹⁾	SÉCURITÉ SOCIALE + MGEN ⁽¹⁾
Honoraires médicaux et chirurgicaux			
Médecins ayant adhéré à une option de pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM-OPTAM-CO) ⁽²⁾	80%	20%	100%
Médecins n'ayant pas adhéré à une option de pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM-OPTAM-CO) ⁽²⁾			
Participation forfaitaire « actes lourds » (visée par l'article R.160-16 du Code de la Sécurité sociale)	Non pris en charge	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%	20%	100%
Indemnités DROM pour hospitalisation en dehors du département (30 jours maxi) ⁽⁴⁾	Non pris en charge	15 €/jour	
Chambre particulière			
Chambre particulière en soins de suite et de réadaptation	Non pris en charge	30 €/jour	
Chambre particulière en psychiatrie		30 €/jour	
Chambre particulière en court séjour (médecine, chirurgie, obstétrique)		30 €/jour	
Chambre particulière en chirurgie ambulatoire avec anesthésie (sans nuitée)		15 €/jour	
Chambre particulière en maternité		30 €/jour	

- (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) Pour les adhérents des départements et régions d'Outre-Mer, il est versé une indemnité journalière forfaitaire de 15 euros par jour en cas de séjour hors du département consécutif à l'une des affections entrant dans la liste des maladies relevant des Affections de Longue Durée (ALD). Les cures thermales sont exclues. Le versement des indemnités journalières est limité par année civile à 30 jours en cas d'hospitalisation et 8 jours en cas de médecine ambulatoire.

	DENTAIRE	SÉCURITÉ SOCIALE ⁽¹⁾	MGEN SANTÉ I ⁽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 et parodontologie remboursés par la Sécurité sociale	70%	30%	100%	
Inlay-onlay remboursé par la Sécurité sociale		30%	100%	
Prothèses				
Prothèses fixes remboursées par la Sécurité sociale				
Couronne définitive et pilier de bridge sur dent visible (incisive, canine et prémolaire) - couronne céramo-métallique - couronne céramo-céramique	70% (75,25 € ou 84 €)	150 €	225,25 € ou 234 €	
Couronne définitive et pilier de bridge sur dent non visible (molaire) - couronne céramo-métallique - couronne céramo-céramique	70% (75,25 € ou 84 €)	100 €	175,25 € ou 184 €	
Couronne transitoire	70%	20 €	27 €	
Inlay-core (avec ou sans clavette)		80 €	143 €	
Bridge 3 éléments		250 €	445,65 €	
Bridge collé		250 €	322,52 €	
Prothèses amovibles				
Prothèses amovibles définitives remboursées par la Sécurité sociale	70%	100%	170%	
Prothèses amovibles transitoires remboursées par la Sécurité sociale				
Réparations sur appareils amovibles remboursées par la Sécurité sociale				
Autres soins dont réparations et suppléments	70%	100%	170%	
Autres traitements non remboursés par la Sécurité sociale				
Prothèse dentaire transitoire, prothèse dentaire définitive, prothèse amovible, réparation (forfait par année civile)	Non pris en charge		200 €	
Orthodontie et parodontologie				
Traitements remboursés par la Sécurité sociale				
Examens préalables au traitement	70%	50%	120%	
Traitement actif (par semestre)	100%	20%		
Traitement de contention (1 ^{ère} année)	100%	20%		
Traitement de contention (2 ^{ème} année)	70%	50%		
Traitements non remboursés par la Sécurité sociale				
Examens préalables au traitement	Non pris en charge	200 €/année civile		
Traitement actif (par semestre, limité à 4 semestres/Enfant : 7 ^e semestre finalisation)				
Traitement de contention (1 ^{ère} année)				
Traitement de contention (2 ^{ème} année)				
Parodontologie		50 €/année civile		
Implantologie				
Implant non remboursé par la Sécurité sociale				
Implant (greffe d'os, inlay implantaire, guide chirurgical...)	Non pris en charge		150 €/implant	

(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 ⁽⁴⁾		SÉCURITÉ SOCIALE ⁽¹⁾	MGEN SANTÉ I ⁽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				
HORS PANIER « 100% SANTÉ »				
Équipements				
	Mutualiste de 20 ans et moins ou mutualiste atteint de cécité	60%	560€	1 400€
	Mutualiste de plus de 20 ans	60%	400€ sous déduction du remboursement de la Sécurité sociale	400€
Forfait annuel accessoires par oreille				
	Piles, écouteurs, microphones et embouts	60%	40%	100%
ALLOCATION DE SOLIDARITÉ MATERNITÉ		SÉCURITÉ SOCIALE ⁽¹⁾	MGEN SANTÉ I ⁽¹⁾	SÉCURITÉ SOCIALE + MGEN ⁽¹⁾
Allocation nouvel enfant ou adoption		Non pris en charge	100€/enfant mutualiste	

(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.

OPTIQUE		SÉCURITÉ SOCIALE ⁽¹⁾	MGEN SANTÉ I ⁽¹⁾	SÉCURITÉ SOCIALE + MGEN ⁽¹⁾
Lunettes				
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)⁽⁷⁾				
		SÉCURITÉ SOCIALE ⁽¹⁾	MGEN SANTÉ I ⁽¹⁾	SÉCURITÉ SOCIALE + MGEN ⁽¹⁾
Verre unifocal (classe B)	Faible et moyenne correction (catégorie a)	60%	35 €	35,03 €
	Forte correction (catégorie c)		85 €	85,03 €
Verre multifocal ou progressif (classe B)	Faible et moyenne correction (catégorie c)		85 €	85,03 €
	Forte correction (catégorie f)		135 €	135,03 €
Monture (classe B)			30 €	30,03 €
Lentilles de contact correctrices				
Remboursées par la Sécurité sociale (par année civile)		60%	40% + forfait 100 €	100% + forfait 100 €
Non remboursées par la Sécurité sociale (par année civile)		Non pris en charge	Forfait 100 €	
Autres prestations optiques				
Prestations d'adaptation et suppléments optiques remboursés par la Sécurité sociale		60%	40%	100%
Chirurgie réfractive dont kératotomie (par œil et par année civile)		Non pris en charge	200 €	

(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.

(7) Quand le mutualiste a recours à un opticien partenaire Kalixia Optique ou Kalixa 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.

