

## 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<sup>er</sup> 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 <sup>(1)</sup>	MGEN SANTÉ 3 <sup>(1)</sup>	SÉCURITÉ SOCIALE + MGEN <sup>(1)</sup>
<b>Honoraires médicaux</b>			
<b>Consultations/Visites de médecins généralistes (dont spécialistes en médecine générale)</b>			
Médecins ayant adhéré à une option de pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM ou OPTAM-CO) <sup>(2)</sup>	70%	130%	200%
Médecins n'ayant pas adhéré à une option de pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM ou OPTAM-CO) <sup>(2)</sup>		110%	180%
<b>Consultations/Visites de médecins spécialistes</b>			
Médecins ayant adhéré à une option de pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM ou OPTAM-CO) <sup>(2)</sup>	70%	130%	200%
Médecins n'ayant pas adhéré à une option de pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM ou OPTAM-CO) <sup>(2)</sup>		110%	180%
<b>Consultations/Visites de sages-femmes</b>			
Sages-femmes	70%	110%	180%
<b>Actes techniques dont radiologie</b>			
Praticiens ayant adhéré à une option de pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM ou OPTAM-CO) <sup>(2)</sup>	70%	130%	200%
Praticiens n'ayant pas adhéré à une option de pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM ou OPTAM-CO) <sup>(2)</sup>		110%	180%
Participation forfaitaire « actes lourds » (visée par l'article R.160-16 du Code de la Sécurité sociale)	Non pris en charge	Frais réels	
<b>Honoraires paramédicaux</b>			
<b>Honoraires des auxiliaires médicaux</b>			
Infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, pédicures, podologues, orthophonistes, orthoptistes	60%	90%	150%
<b>Analyses et examens de laboratoire</b>			
Analyses - Actes de laboratoire	60%	90%	150%
<b>Médicaments</b>			
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%
<b>Honoraires de pharmacie remboursés par la Sécurité sociale</b>			
Honoraires remboursés par la Sécurité sociale	65% / 70%	35% / 30%	100%
<b>Médecine douce</b>			
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	160€/année civile	
<b>Prévention</b>			
Activité physique adaptée <sup>(3)</sup> (Sport sur ordonnance)	Non pris en charge	240€/année civile	
<b>Cures thermales</b>			
Forfait cures thermales	Non pris en charge	60€/année civile	
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 <sup>(1)</sup>	MGEN SANTÉ 3 <sup>(1)</sup>	SÉCURITÉ SOCIALE + MGEN <sup>(1)</sup>
<b>Transport</b>			
Frais de transport (avec ou sans hospitalisation, y compris pour les cures thermales) remboursés par la Sécurité sociale	65%	35%	100%
<b>Matériel médical</b>			
<b>Appareillages et dispositifs médicaux</b>			
Accessoires et pansements, petit appareillage et orthopédie	60%	150%	210%
Autres prothèses (Oculaires, mammaires externes, fauteuils roulants)	100%	110%	210%

HOSPITALISATION	SÉCURITÉ SOCIALE <sup>(1)</sup>	MGEN SANTÉ 3 <sup>(1)</sup>	SÉCURITÉ SOCIALE + MGEN <sup>(1)</sup>
<b>Honoraires médicaux et chirurgicaux</b>			
Médecins ayant adhéré à une option de pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM-OPTAM-CO) <sup>(2)</sup>	80%	120%	200%
Médecins n'ayant pas adhéré à une option de pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM-OPTAM-CO) <sup>(2)</sup>		100%	180%
Participation forfaitaire « actes lourds » (visée par l'article R.160-16 du Code de la Sécurité sociale)	Non pris en charge	Frais réels	
<b>Forfait journalier hospitalier</b>			
Forfait journalier hospitalier	Non pris en charge	Frais réels	
Forfait journalier psychiatrique		Frais réels	
<b>Hébergement et frais de séjour</b>			
Frais de séjour	80%	20%	100%
Indemnités DROM pour hospitalisation en dehors du département (30 jours maxi) <sup>(4)</sup>	Non pris en charge	15 €/jour	
<b>Chambre particulière</b>			
Chambre particulière en soins de suite et de réadaptation	Non pris en charge	90 €/jour	
Chambre particulière en psychiatrie		90 €/jour	
Chambre particulière en court séjour (médecine, chirurgie, obstétrique)		90 €/jour	
Chambre particulière en chirurgie ambulatoire avec anesthésie (sans nuitée)		20 €/jour	
Chambre particulière en maternité		90 €/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 <sup>(1)</sup>	MGEN SANTÉ 3 <sup>(1)</sup>	SÉCURITÉ SOCIALE + MGEN <sup>(1)</sup>
<b>100% SANTÉ</b>	<b>PANIER « 100% SANTÉ » Soins et prothèses totalement remboursés<sup>(5)</sup></b>			
	Couronne définitive (sur dent visible ou non visible)	70%	<b>Remboursement total de la dépense engagée.</b> 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			
<b>HORS PANIER « 100% SANTÉ » Soins et prothèses</b>				
<b>Soins</b>				
Soins conservateurs, consultations, chirurgie, radiologie et parodontologie remboursés par la Sécurité sociale	70%	30%	100%	
Inlay-onlay remboursé par la Sécurité sociale		110%	180%	
<b>Prothèses</b>				
<b>Prothèses fixes remboursées par la Sécurité sociale</b>				
Couronne définitive et pilier de bridge sur dent visible (incisive, canine et prémolaire) - couronne céramo-métallique - couronne céramo-céramique	70% (75,25 € ou 84 €)	450 €	525,25 € ou 534 €	
Couronne définitive et pilier de bridge sur dent non visible (molaire) - couronne céramo-métallique - couronne céramo-céramique	70% (75,25 € ou 84 €)	300 €	375,25 € ou 384 €	
Couronne transitoire		50 €	57 €	
Inlay-core (avec ou sans clavette)		110 €	173 €	
Bridge 3 éléments	70%	1 200 €	1 395,65 €	
Bridge collé		1 200 €	1 272,52 €	
<b>Prothèses amovibles</b>				
Prothèses amovibles définitives remboursées par la Sécurité sociale				
Prothèses amovibles transitoires remboursées par la Sécurité sociale	70%	250%	320%	
<b>Réparations sur appareils amovibles remboursées par la Sécurité sociale</b>				
Autres soins dont réparations et suppléments	70%	250%	320%	
<b>Autres traitements non remboursés par la Sécurité sociale</b>				
Prothèse dentaire transitoire, prothèse dentaire définitive, prothèse amovible, réparation (forfait par année civile)	Non pris en charge		400 €	
<b>Orthodontie et parodontologie</b>				
<b>Traitements remboursés par la Sécurité sociale</b>				
Examens préalables au traitement	70%	200%	270%	
Traitement actif (par semestre)	100%	170%		
Traitement de contention (1 <sup>ère</sup> année)	100%	170%		
Traitement de contention (2 <sup>ème</sup> année)	70%	200%		
<b>Traitements non remboursés par la Sécurité sociale</b>				
Examens préalables au traitement			800 €/année civile	
Traitement actif (par semestre, limité à 4 semestres/Enfant : 7 <sup>e</sup> semestre finalisation)				
Traitement de contention (1 <sup>ère</sup> année)	Non pris en charge			
Traitement de contention (2 <sup>ème</sup> année)				
Parodontologie			300 €/année civile	
<b>Implantologie</b>				
<b>Implant non remboursé par la Sécurité sociale</b>				
Implant (greffe d'os, inlay implantaire, guide chirurgical...)	Non pris en charge		500 €/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 <sup>(6)</sup>		SÉCURITÉ SOCIALE <sup>(1)</sup>	MGEN SANTÉ 3 <sup>(1)</sup>	SÉCURITÉ SOCIALE + MGEN <sup>(1)</sup>
100% SANTÉ	<b>PANIER « 100% SANTÉ »</b>			
	<b>Équipements remboursés totalement<sup>(5)</sup></b>			
	Mutualiste de 20 ans et moins ou mutualiste atteint de cécité	60%	<b>Remboursement total de la dépense engagée.</b> Pour des aides auditives et des tarifs définis par les Pouvoirs publics	
Mutualiste de plus de 20 ans				
<b>HORS PANIER « 100% SANTÉ »</b>				
Équipements				
	Mutualiste de 20 ans et moins ou mutualiste atteint de cécité	60%	560€	1 400€
	Mutualiste de plus de 20 ans	60%	1 040€ sous déduction du remboursement de la Sécurité sociale	1 040€
Forfait annuel accessoires par oreille				
	Piles, écouteurs, microphones et embouts	60%	40%	100%
<b>ALLOCATION DE SOLIDARITÉ MATERNITÉ</b>		SÉCURITÉ SOCIALE <sup>(1)</sup>	MGEN SANTÉ 3 <sup>(1)</sup>	SÉCURITÉ SOCIALE + MGEN <sup>(1)</sup>
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 <sup>(1)</sup>	MGEN SANTÉ 3 <sup>(1)</sup>	SÉCURITÉ SOCIALE + MGEN <sup>(1)</sup>
Lunettes				
<b>100% SANTÉ</b>	<b>PANIER « 100% SANTÉ » Équipements (monture et verres) remboursés totalement<sup>(5)</sup></b>			
	Verre unifocal (classe A)	60%	<b>Remboursement total de la dépense engagée.</b> 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			
<b>HORS PANIER « 100% SANTÉ » Équipements (monture et verres)<sup>(7)</sup></b>				
		SÉCURITÉ SOCIALE <sup>(1)</sup>	MGEN SANTÉ 3 <sup>(1)</sup>	SÉCURITÉ SOCIALE + MGEN <sup>(1)</sup>
Verre unifocal (classe B)	Faible et moyenne correction (catégorie a)	60%	100 €	100,03 €
	Forte correction (catégorie c)		150 €	150,03 €
Verre multifocal ou progressif (classe B)	Faible et moyenne correction (catégorie c)		150 €	150,03 €
	Forte correction (catégorie f)		200 €	200,03 €
Monture (classe B)		99,97 €	100 €	
<b>Lentilles de contact correctrices</b>				
Remboursées par la Sécurité sociale (par année civile)		60%	40% + forfait 300 €	100% + forfait 300 €
Non remboursées par la Sécurité sociale (par année civile)		Non pris en charge	Forfait 300 €	
<b>Autres prestations optiques</b>				
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	550 €	

(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 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](http://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.

