

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 2 ⁽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⁾ : 80% | OPTAM/OPTAM-CO⁽²⁾ : 150% |
| | | Non OPTAM/ Non OPTAM-CO⁽²⁾ : 60% | Non OPTAM/ Non OPTAM-CO⁽²⁾ : 130% |
| Honoraires des sages-femmes | 70% | 30% | 100% |
| Actes techniques hors 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% |
| 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 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% | 15% | 85% | 100% |
| Honoraires de pharmacie remboursés par la Sécurité sociale | | | |
| Honoraires remboursés par la Sécurité sociale | 65%/70% | 35%/30% | 100% |
| Autres soins | | | |
| Psychothérapie (20 séances max/an) | Non pris en charge | 15 €/séance | 15 €/séance |
| Cures thermales | | | |
| Frais de surveillance médicale | 70% | 30% | 100% |
| Frais d'hébergement | 65% | 100 €/cure | Remboursement Sécurité sociale + 100 €/cure |
| Matériel médical | | | |
| Accessoires et pansements, petit appareillage et orthopédie | 60% | 40% | 100% |
| Semelles orthopédiques remboursées par la Sécurité sociale | 60% | 140% | 200% |
| Autres prothèses (oculaires, mammaires) remboursées par la Sécurité sociale | 60% | 40% | 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.

| SOINS COURANTS | SÉCURITÉ SOCIALE ⁽¹⁾ | MGEN SANTÉ 2 ⁽¹⁾ | SÉCURITÉ SOCIALE + MGEN ⁽¹⁾ |
|---|---------------------------------|-----------------------------|--|
| Médecine douce | | | |
| Ostéopathie | Non pris en charge | 125 €/année civile | |
| Acupuncture | | | |
| Homéopathie | | | |
| Consultations diététicien | | | |
| Chiropraxie | | | |
| Prévention | | | |
| Sevrage tabagique remboursé par la Sécurité sociale | 65 % | 35 % | 100 % |
| Vaccins remboursés par la Sécurité sociale | | | |
| Contraception non remboursée (féminine et masculine)/Tests de grossesse | Non pris en charge | 125 €/année civile | |
| Vaccins prescrits non remboursés par la Sécurité sociale | | | |
| Sevrage tabagique non remboursé par la Sécurité sociale | | | |
| Bilan de psychomotricité | | | |
| Ostéodensitométrie non remboursée par la Sécurité sociale | | | |

| HOSPITALISATION | SÉCURITÉ SOCIALE ⁽¹⁾ | MGEN SANTÉ 2 ⁽¹⁾ | SÉCURITÉ SOCIALE + MGEN ⁽¹⁾ |
|---|---------------------------------|--|--|
| Honoraires médicaux et chirurgicaux | | | |
| Honoraires médicaux | 80 % | OPTAM/OPTAM-CO ⁽²⁾ : 70 % Non OPTAM/ Non OPTAM-CO ⁽²⁾ : 50 % | OPTAM/OPTAM-CO ⁽²⁾ : 150 % Non OPTAM/ Non OPTAM-CO ⁽²⁾ : 130 % |
| 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 |
| Hébergement et frais de séjour | | | |
| Frais de séjour | 80 % | Frais réels sous déduction du remboursement de la Sécurité sociale | Frais réels |
| Chambre particulière | | | |
| Chambre particulière avec nuitée (médecine, chirurgie, obstétrique, maternité) ⁽³⁾ | Non pris en charge | 40 €/jour | |
| Chambre particulière en ambulatoire ⁽³⁾ | | 20 € | |
| Frais d'accompagnement | | | |
| Lit d'accompagnement | Non pris en charge | 25 €/nuitée | |
| Transport | | | |
| Frais de transport pris en charge par la Sécurité sociale | 65 % | 35 % | 100 % |
| Autres prestations | | | |
| Plafonds annuels de garantie applicable aux hospitalisations à l'étranger | Non pris en charge | 85 000 € | 85 000 € |

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) 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'accompagnement.

| DENTAIRE | | SÉCURITÉ SOCIALE ⁽¹⁾ | MGEN SANTÉ 2 ⁽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 | 70% | 130% | 200% | |
| Prothèses | | | | |
| Prothèses dentaires remboursées par la Sécurité sociale | 70% | 130% | 200% | |
| Inlay core | 70% | 130% | 200% | |
| Orthodontie | | | | |
| Orthodontie enfant | 70% | 130% | 200% | |
| Implantologie | | | | |
| Implants dentaires non remboursés par la Sécurité sociale | Non pris en charge | 500€/année civile | 500€/année civile | |
| Parodontie | | | | |
| Parodontologie | 70% | 75€/année civile | Remboursement Sécurité sociale + 75 €/année civile | |
| AIDES AUDITIVES | | SÉCURITÉ SOCIALE ⁽¹⁾ | MGEN SANTÉ 2 ⁽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 ⁽⁵⁾ | | | |
| HORS PANIER « 100% SANTÉ » Équipements | | | | |
| Mutualiste de plus de 20 ans ⁽⁵⁾ | 60% | 460€ | 700€ | |
| Frais d'entretien et réparation | | | | |
| Piles, écouteurs, microphones et embouts remboursés par la Sécurité sociale (par oreille et par an) | 60% | 40% + 50€/année civile | 100% + 50€/année civile | |

(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 | | | SÉCURITÉ SOCIALE ⁽¹⁾ | MGEN SANTÉ 2 ⁽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) | | | | | | | |
| HORS PANIER « 100% SANTÉ » | | | | | | | |
| Équipements (monture et verres) ⁽⁴⁾ | | | | | | | |
| | | | SÉCURITÉ SOCIALE ⁽¹⁾ | MGEN SANTÉ 2 ⁽¹⁾ | SÉCURITÉ SOCIALE + MGEN ⁽¹⁾⁽⁶⁾ | | |
| Pour 2 verres unifocaux (classe B) | Faible et moyenne correction (catégorie a) | < 16 ans | 60% | 99,94€ | 100€ | | |
| | | ≥ 16 ans | | | | | |
| Pour 2 verres multifocaux ou progressifs (classe B) | Faible et moyenne correction (catégorie c) | < 16 ans | | 259,94€ | 260€ | | |
| | | ≥ 16 ans | | | | | |
| | Forte correction (catégorie f) | < 16 ans | | | | 299,94€ | 300€ |
| | | ≥ 16 ans | | | | | |
| Monture (classe B) | | < 16 ans | | 34,97€ | 35€ | | |
| | | ≥ 16 ans | | 59,97€ | 60€ | | |
| Lentilles de contact correctrices | | | | | | | |
| Remboursées par la Sécurité sociale (par année civile). Prise en charge du Ticket Modérateur après épuisement du forfait | | | 60% | 40% | 100% | | |
| Lentilles de contact prescrites et non remboursées par la Sécurité sociale (par année civile) | | | Non pris en charge | + 135€/année civile | + 135€/année civile | | |
| Autres prestations optiques | | | | | | | |
| Prestations d'adaptation et d'appairage, suppléments optiques remboursés par la Sécurité sociale | | | 60% | 40% | 100% | | |
| Chirurgie réfractive dont kératotomie (par œil et par année civile) | | | Non pris en charge | 300€/œil | 300€/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.

