

Les montants des remboursements sont exprimés en % de la Base de Remboursement de la Sécurité sociale (BRSS) en vigueur au 1^{er} janvier 2021 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⁾ : 110%	Non OPTAM/ Non OPTAM-CO⁽²⁾ : 180%
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	20€/séance	20€/séance
Cures thermales			
Frais de surveillance médicale	70%	30%	100%
Frais d'hébergement	65%	150€/cure	Remboursement Sécurité sociale + 150€/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 3 ⁽¹⁾	SÉCURITÉ SOCIALE + MGEN ⁽¹⁾
Médecine douce			
Ostéopathie	Non pris en charge	150€/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	150€/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 3 ⁽¹⁾	SÉCURITÉ SOCIALE + MGEN ⁽¹⁾
Honoraires médicaux et chirurgicaux			
Honoraires médicaux	80%	OPTAM/OPTAM-CO ⁽²⁾ : 120%	OPTAM/OPTAM-CO ⁽²⁾ : 200%
		Non OPTAM/ Non OPTAM-CO ⁽²⁾ : 95%	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
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		50€/jour
Chambre particulière en ambulatoire ⁽³⁾			25€
Frais d'accompagnant			
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	100 000€	100 000€

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'accompagnant.

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	70%	230%	300%	
Prothèses				
Prothèses dentaires remboursées par la Sécurité sociale	70%	230%	300%	
Inlay core	70%	230%	300%	
Orthodontie				
Orthodontie enfant	70%	230%	300%	
Implantologie				
Implants dentaires non remboursés par la Sécurité sociale	Non pris en charge	750€/année civile	750€/année civile	
Parodontie				
Parodontologie	70%	100€/année civile	Remboursement Sécurité sociale + 100€/année civile	

AIDES AUDITIVES		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 ⁽⁵⁾			
HORS PANIER « 100% SANTÉ » Équipements				
Mutualiste de plus de 20 ans ⁽⁵⁾	60%	560€	800€	
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 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)							
HORS PANIER « 100% SANTÉ »							
Équipements (monture et verres) ⁽⁴⁾							
			SÉCURITÉ SOCIALE ⁽¹⁾	MGEN SANTÉ 3 ⁽¹⁾	SÉCURITÉ SOCIALE + MGEN ⁽¹⁾⁽⁶⁾		
Verre unifocal (classe B)	Faible et moyenne correction (catégorie a)	< 16 ans	60%	149,97€	150€		
		≥ 16 ans					
	Forte correction (catégorie c)	< 16 ans		60%	319,97€	320€	
		≥ 16 ans					
Verre multifocal ou progressif (classe B)	Faible et moyenne correction (catégorie c)	< 16 ans			60%	399,97€	400€
		≥ 16 ans					
	Forte correction (catégorie f)	< 16 ans	60%			44,97€	45€
		≥ 16 ans					
Monture (classe B)		< 16 ans		60%		89,97€	90€
		≥ 16 ans					
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 œil et par année civile)			Non pris en charge		+ 170€/année civile	+ 170€/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	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 e-Optistya, 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.

