

Une couverture ajustée à votre profil et à vos besoins

Les montants des remboursements sont exprimés en % de la Base de Remboursement de la Sécurité sociale (BRSS) en vigueur au 1^{er} janvier 2019 ou en forfait en euros.

FRAIS MÉDICAUX COURANTS	SÉCURITÉ SOCIALE ⁽¹⁾	EFFICIENCE SANTÉ OPTIMALE	SÉCURITÉ SOCIALE + MGEN
Consultations/visites à domicile de médecins généralistes (dont spécialistes en médecine générale) ou de sages-femmes dans le parcours de soins coordonnés	70%	30%	100%
Consultations/visites à domicile de médecins généralistes (dont spécialistes en médecine générale) ou de sages-femmes hors parcours de soins coordonnés	30%	30%	60%
Consultations/visites à domicile de médecins spécialistes dans le parcours de soins coordonnés	70%	OPTAM/OPTAM-CO : 100%	OPTAM/OPTAM-CO : 170%
		Non OPTAM/OPTAM-CO : 80%	Non OPTAM/OPTAM-CO : 150%
Consultations/visites à domicile de médecins spécialistes hors parcours de soins coordonnés	30%	30%	60%
Actes techniques dans le parcours de soins coordonnés	70%	OPTAM/OPTAM-CO : 100%	OPTAM/OPTAM-CO : 170%
		Non OPTAM/OPTAM-CO : 80%	Non OPTAM/OPTAM-CO : 150%
Actes techniques hors parcours de soins coordonnés	30%	30%	60%
Radiologie dans le parcours de soins coordonnés	70%	30%	100%
Radiologie hors parcours de soins coordonnés	30%	30%	60%
Honoraires des auxiliaires médicaux (infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, pédicures, orthophonistes, orthoptistes)	60%	40%	100%
Analyses - Actes de laboratoire	60%	40%	100%
Participation forfaitaire visée par l'article R. 160 - 16 du Code de la Sécurité sociale	Non pris en charge	Frais réels	
Ostéopathie	Non pris en charge	30€/consultation (4 séances maximum/an)	30€/consultation (4 séances maximum/an)

PHARMACIE	SÉCURITÉ SOCIALE ⁽¹⁾	EFFICIENCE SANTÉ OPTIMALE	SÉCURITÉ SOCIALE + MGEN
Médicaments et honoraires de dispensation remboursés par la Sécurité sociale	65%	35%	100%
	30%	70%	100%
	15%	85%	100%
Forfait médicaments prescrits non remboursés par la Sécurité sociale	Non pris en charge	40€/personne/an	40€/personne/an
Vaccins remboursés par la Sécurité sociale	65%	35%	100%

APPAREILLAGES ET DISPOSITIFS MÉDICAUX	SÉCURITÉ SOCIALE ⁽¹⁾	EFFICIENCE SANTÉ OPTIMALE	SÉCURITÉ SOCIALE + MGEN
Accessoires et pansements, petits appareillages et orthopédie	60%	90%	150%

ACTES DE PRÉVENTION		SÉCURITÉ SOCIALE ⁽¹⁾	EFFICIENCE SANTÉ OPTIMALE	SÉCURITÉ SOCIALE + MGEN
+ MGEN	Forfait Prévention équilibre	Sevrage tabagique	175 €/an	175 €/an (Sevrage tabagique : + remboursement Sécurité sociale le cas échéant)
		Consultations diététicien		
		Psychothérapie		
	Vaccins et médicaments prescrits non remboursés par la Sécurité sociale (Forfait du voyageur)	Non pris en charge	50 €/personne/an	50 €/personne/an
	Forfait contraception prescrite non remboursée par la Sécurité sociale	Non pris en charge	60 €/personne/an	60 €/personne/an

HOSPITALISATION	SÉCURITÉ SOCIALE ⁽¹⁾	EFFICIENCE SANTÉ OPTIMALE	SÉCURITÉ SOCIALE + MGEN
Honoraires médicaux ⁽²⁾	100%	OPTAM/OPTAM-CO : 80%	OPTAM/OPTAM-CO : 180%
		Non OPTAM/OPTAM-CO : 60%	Non OPTAM/OPTAM-CO : 160%
	80%	OPTAM/OPTAM-CO : 100%	OPTAM/OPTAM-CO : 180%
		Non OPTAM/OPTAM-CO : 80%	Non OPTAM/OPTAM-CO : 160%
Participation forfaitaire visée par l'article R. 160 - 16 du Code de la Sécurité sociale	Non pris en charge	Frais réels	
Hébergement et frais de séjour	80%	20%	100%
Forfait journalier hospitalier	Non pris en charge	Frais réels	
Forfait journalier psychiatrique	Non pris en charge	Frais réels	

		SÉCURITÉ SOCIALE ⁽¹⁾	EFFICIENCE SANTÉ OPTIMALE HORS DU CONVENTIONNEMENT	EFFICIENCE SANTÉ OPTIMALE DANS LE CONVENTIONNEMENT
+ MGEN	Chambre particulière en cas d'hospitalisation avec hébergement et comprenant au moins une nuitée ⁽²⁾	Médecine - Chirurgie - Obstétrique	45 €/nuitée	45 €/nuitée
		Maternité	45 €/nuitée	50 €/nuitée
		Soins de suite et de réadaptation	45 €/nuitée	35 €/nuitée
		Psychiatrie	45 €/nuitée	40 €/nuitée
	Chambre particulière en cas de séjour ambulatoire en chirurgie avec anesthésie ⁽²⁾	Non pris en charge	Néant	15€
	Frais d'accompagnement d'un mutualiste âgé de moins de 16 ans ou de plus de 70 ans ou en situation de handicap ⁽²⁾		35 €/nuitée	38,50 €/nuitée

MATERNITÉ	SÉCURITÉ SOCIALE ⁽¹⁾	EFFICIENCE SANTÉ OPTIMALE	SÉCURITÉ SOCIALE + MGEN
Prestation naissance et adoption (délai d'attente 9 mois)	Non pris en charge	200 €/enfant mutualiste	

CURES THERMALES	SÉCURITÉ SOCIALE ⁽¹⁾	EFFICIENCE SANTÉ OPTIMALE	SÉCURITÉ SOCIALE + MGEN
Frais de surveillance médicale et pratiques médicales complémentaires	70%	60%	130%
Frais de traitement en établissement thermal	65%	60%	125%
Frais d'hébergement remboursés par la Sécurité sociale	65%	52,50 €/cure	52,50 €/cure (+ remboursement Sécurité sociale le cas échéant)
Frais d'hébergement non remboursés par la Sécurité sociale (par cure)	Non pris en charge	52,50 €	

TRANSPORT	SÉCURITÉ SOCIALE ⁽¹⁾	EFFICIENCE SANTÉ OPTIMALE	SÉCURITÉ SOCIALE + MGEN
Frais de transport	65%	35%	100%

⁽¹⁾ Taux de prise en charge par la Sécurité sociale donnés à titre indicatif.

⁽²⁾ Limitation à 12 mois ou 365 jours (en cas de séjours successifs), les droits sont de nouveau ouverts après une période continue de 6 mois sans hospitalisation. Pour les honoraires médicaux, seuls les dépassements d'honoraires sont assujettis à la limitation ci-dessus.

DENTAIRE	SÉCURITÉ SOCIALE ⁽¹⁾	EFFICIENCE SANTÉ OPTIMALE	SÉCURITÉ SOCIALE + MGEN
Consultations et soins conservateurs et chirurgicaux (remboursables par la Sécurité sociale)	70%	30%	100%
Inlay/Onlay	70%	150%	220%
PROTHÈSES DENTAIRES	SÉCURITÉ SOCIALE ⁽¹⁾	EFFICIENCE SANTÉ OPTIMALE HORS DU CONVENTIONNEMENT	EFFICIENCE SANTÉ OPTIMALE DANS LE CONVENTIONNEMENT (PRATICIENS LIBÉRAUX) ⁽³⁾
Prothèses dentaires			
Couronne dento-portée céramo-céramique ou céramo-métallique en fonction du type de dents : incisives, canines, prémolaires (ICP) ou molaires	70%	260 € (toutes dents)	347,25 € (ICP) 144,45 € (molaire)
Couronne dento-portée métallique en fonction du type de dents : incisives, canines, prémolaires (ICP) ou molaires	70%	160 € (toutes dents)	347,25 € (ICP) 144,45 € (molaire)
Bridge de base dento-porté (2 piliers + 1 inter)	70%	500 € (métal) 580 € (céramique)	1 000 €
Pilier de bridge supplémentaire	70%	133,75 € (métal) 220,37 € (céramique)	110 €
	Si non pris en charge		
Intermédiaire de bridge supplémentaire	70%	15 €	110 €
	Si non pris en charge		
Couronne transitoire	70%	40 €/couronne isolée (toutes dents)	50,70 €/couronne isolée (toutes dents)
Inlay core	70%	164,22 €	100 €
Prestations hors du conventionnement (versement de la prestation statutaire uniquement)	SÉCURITÉ SOCIALE ⁽¹⁾	SÉCURITÉ SOCIALE + MGEN	
Appareil amovible définitif résine (dento-porté ou sur implant)	70%	130 € (9 dents) puis 15 €/dent supplémentaire jusqu'à 14 dents	
Appareil amovible définitif métal (dento-porté ou sur implant)	70%	130 € (1 à 3 dents) puis 15 €/dent supplémentaire jusqu'à 14 dents	
Prothèse amovible transitoire	70%	130 € (1 à 3 dents) puis 15 €/dent supplémentaire jusqu'à 14 dents	
Pilier et intermédiaire de bridge transitoire limité aux incisives, canines et prémolaires (ICP)	Non pris en charge	40 €/élément	
Implantologie			
Couronne définitive sur implant dans la limite de deux couronnes définitives sur implant sur 2 ans	70%	190 € puis 30% au-delà du forfait	
Implant dans la limite de deux implants sur 2 ans	Non pris en charge	600 €	
Orthodontie	SÉCURITÉ SOCIALE ⁽¹⁾	EFFICIENCE SANTÉ OPTIMALE HORS DU CONVENTIONNEMENT	EFFICIENCE SANTÉ OPTIMALE DANS LE CONVENTIONNEMENT (PRATICIENS LIBÉRAUX) ⁽³⁾
Examens préalables	70%	30%	
Traitement actif (par semestre)	100%	174,15 €	296,60 €
	Si non pris en charge ⁽⁴⁾	174,15 €	338 €
Traitement de contention 1 ^{ère} année	100%	94,75 €	109,15 €
	Si non pris en charge	145,12 €	219,70 €
Traitement de contention 2 ^{ème} année	70%	145,12 €	
	Si non pris en charge	145,12 €	
Parodontie	SÉCURITÉ SOCIALE ⁽¹⁾	EFFICIENCE SANTÉ OPTIMALE	SÉCURITÉ SOCIALE + MGEN
Attelle de contention	70%	30%	

⁽¹⁾ Taux de prise en charge par la Sécurité sociale donnés à titre indicatif.

⁽³⁾ Pour les centres de santé dentaire conventionnés avec MGEN, contactez le 31 16.

⁽⁴⁾ Remboursement MGEN après avis favorable de l'orthodontiste consultant.

OPTIQUE	SÉCURITÉ SOCIALE ⁽¹⁾	EFFICIENCE SANTÉ OPTIMALE HORS OPTISTYA	EFFICIENCE SANTÉ OPTIMALE DANS OPTISTYA ⁽⁵⁾
Verre unifocal enfant⁽⁶⁾			
Faible et moyenne correction	60%	60€/verre	75€/verre
Forte correction	60%	120€/verre	145€/verre
Verre progressif enfant⁽⁶⁾			
Faible et moyenne correction	60%	125€/verre	150€/verre
Forte correction	60%	135€/verre	160€/verre
Verre unifocal adulte⁽⁶⁾			
Faible et moyenne correction	60%	70€/verre	85€/verre
Forte correction	60%	125€/verre	150€/verre
Verre progressif adulte⁽⁶⁾			
Faible et moyenne correction	60%	135€/verre	160€/verre
Forte correction	60%	145€/verre	175€/verre
Monture			
Monture enfant	60%		60€
Monture adulte	60%		90€
Lentilles de contact correctrices			
Remboursées par la Sécurité sociale	60%		140€/œil/an
Pour les lentilles remboursées par la Sécurité sociale prise en charge du Ticket Modérateur au-delà du forfait annuel prévu	60%		40%
Non remboursées par la Sécurité sociale	Non pris en charge		100€/œil/an
Chirurgie réfractive de l'œil	Non pris en charge		250€/œil/an
AUDIOPROTHÈSE	SÉCURITÉ SOCIALE ⁽¹⁾	EFFICIENCE SANTÉ OPTIMALE HORS AUDISTYA	EFFICIENCE SANTÉ OPTIMALE DANS AUDISTYA ⁽⁷⁾
Prothèse auditive remboursée par la Sécurité sociale pour les 20 ans et plus non atteints de cécité	60%	700€/appareil (2/an) + Ticket Modérateur au-delà de la limite	800€/appareil (2/an) + Ticket Modérateur au-delà de la limite
Prothèse auditive remboursée par la Sécurité sociale pour les moins de 20 ans ou 20 ans et plus atteints de cécité	60%	800€/appareil	900€/appareil

⁽¹⁾ Taux de prise en charge par la Sécurité sociale donnés à titre indicatif.

⁽⁵⁾ Quand le mutualiste a recours à un opticien partenaire OPTISTYA 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. Retrouvez tous les opticiens partenaires OPTISTYA ou e-OPTISTYA depuis votre Espace personnel sur mgen.fr ou auprès des centres de service MGEN. Les lunettes sont remboursées par la mutuelle exclusivement en complément de la Sécurité sociale.

⁽⁶⁾ Pour les moins de 18 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 d'effet de l'adhésion. À partir de 18 ans : 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 d'effet de l'adhésion.

Par dérogation, cette période est réduite à un an en cas de renouvellement de l'équipement justifié par une évolution de la vue. La justification de l'évolution de la vue se fonde soit sur la présentation d'une nouvelle prescription médicale portant une correction différente de la précédente, soit sur la présentation de la prescription médicale initiale comportant les mentions d'adaptation portées par l'opticien. Le remboursement total pour un équipement composé d'une monture et de deux verres, est garanti au minimum à hauteur des planchers fixés par le décret du 18 novembre 2014 relatif au contenu des contrats d'assurance maladie complémentaire bénéficiant d'aides fiscales et sociales, dans la limite des frais réels engagés. Afin de respecter la réglementation, l'adhérent accepte de transmettre la prescription médicale correspondant à sa demande de remboursement de lunettes.

⁽⁷⁾ Quand le mutualiste a recours à un audioprothésiste partenaire AUDISTYA, il bénéficie de tarifs encadrés et de la dispense d'avance de frais sur l'achat des prothèses auditives, dans la limite de la prestation mentionnée ci-dessus et fixée conventionnellement. Retrouvez tous les audioprothésistes partenaires AUDISTYA depuis votre Espace personnel sur mgen.fr ou auprès des centres de service MGEN.

VOS REMBOURSEMENTS EN TOUTE CLARTÉ

Base de Remboursement de la Sécurité sociale (BRSS) :

C'est le tarif déterminé par la Sécurité sociale (souvent appelé tarif de responsabilité ou de convention) pour chaque acte, produit ou prestation médicale. Sur la base de ce tarif, la Sécurité sociale définit son niveau de remboursement (exprimé en pourcentage).

Conventionnements MGEN :

Pour vous faire bénéficier d'autres avantages que la dispense d'avance de frais, MGEN a conclu des accords avec des professionnels et établissements de santé qui s'engagent, notamment, à ne pas dépasser les tarifs négociés dans le cadre de ces accords.

Dépassements d'honoraires :

C'est la différence entre les honoraires demandés par un praticien et le tarif de responsabilité de la Sécurité sociale.

Franchises médicales :

C'est le montant déduit de vos remboursements par la Sécurité sociale sur chaque boîte de médicaments, les actes d'auxiliaires médicaux (sauf sages-femmes) et de transport sanitaire. Comme la plupart des mutuelles, MGEN ne prend pas en charge ces franchises dans le respect de la législation relative aux contrats responsables.

Honoraires de dispensation :

Il s'agit d'honoraires forfaitaires appliqués par les pharmaciens selon le conditionnement ou pour une ordonnance de médicaments dite complexe. Ils sont remboursés par la Sécurité sociale au même taux et selon les mêmes modalités que le médicament auquel ils se rapportent.

Option de Pratique Tarifaire Maîtrisée (OPTAM), Option de Pratique Tarifaire Maîtrisée des Chirurgiens et des Gynécologues-Obstétriciens (OPTAM-CO) :

Elle permet aux patients d'être mieux remboursés des dépassements d'honoraires par la Sécurité sociale d'une part et par les complémentaires santé d'autre part. Pour savoir si un médecin spécialiste a adhéré aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée, il suffit de se rendre sur le site annuaire.sante.ameli.fr à la rubrique «Annuaire Santé».

Participation forfaitaire de 1 € :

C'est le montant déduit de vos remboursements par la Sécurité sociale pour chaque consultation ou acte réalisé par un médecin (dont les stomatologues) et sur les actes de biologie médicale ou radiologiques. Elle ne peut pas être prise en charge par MGEN, dans le respect de la législation relative aux contrats responsables.

Participation forfaitaire visée par l'article R.160-16 du Code de la Sécurité sociale :

La participation forfaitaire 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) :

C'est la différence laissée à votre charge entre la Base de Remboursement et le montant remboursé par la Sécurité sociale. MGEN prend en charge ce Ticket Modérateur. En revanche, les majorations hors parcours de soins coordonnés restent à votre charge.

Tiers payant :

C'est la prise en charge directe par la Sécurité sociale et la mutuelle de tout ou partie des dépenses de santé. La présentation de votre carte d'adhérent MGEN au pharmacien ou au laboratoire de biologie médicale par exemple permet de ne pas faire d'avance de frais.