

TABLEAU DES GARANTIES

	Sécurité sociale ⁽¹⁾	MGEN	Sécurité sociale + MGEN
SOINS COURANTS			
FRAIS MÉDICAUX COURANTS			
Consultations/visites à domicile de médecins généralistes (dont spécialistes en médecine générale) ou de sages-femmes dans le parcours de soins coordonnés	70 %		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 : 80 %	OPTAM/OPTAM-CO : 150 %
		Non OPTAM/OPTAM-CO : 60 %	Non OPTAM/OPTAM-CO : 130 %
Consultations/visites à domicile de médecins spécialistes hors parcours de soins coordonnés	30 %	30 %	60 %
Actes techniques dont radiologie dans le parcours de soins coordonnés	70 %	OPTAM/OPTAM-CO : 55 %	OPTAM/OPTAM-CO : 125 %
		Non OPTAM/OPTAM-CO : 30 %	Non OPTAM/OPTAM-CO : 100 %
Actes techniques dont radiologie hors parcours de soins coordonnés	30 %	30 %	60 %
Honoraires des auxiliaires médicaux (infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, pédicures, podologues, orthophonistes, orthoptistes)	60 %	65 %	125 %
Analyses - Actes de laboratoire	60 %	65 %	125 %
Participation forfaitaire visée par l'article R.160-16 du Code de la Sécurité sociale	Non pris en charge	Frais réels	
Séances de kinésithérapie dite « méthode de reconstruction posturale »	Non pris en charge	16 €/séance (dans la limite de 20 séances par an)	
PHARMACIE			
Médicaments et honoraires de dispensation remboursés par la Sécurité sociale	65 %	35 %	100 %
	30 %	70 %	100 %
	15 %		
Médicaments prescrits non remboursés par la Sécurité sociale	Non pris en charge	25 €/an	+ remboursement Sécurité sociale le cas échéant
Vaccins remboursés par la Sécurité sociale	65 %	35 %	100 %
APPAREILLAGES ET DISPOSITIFS MÉDICAUX			
Semelles orthopédiques	60 %	170 %	230 %

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

TABLEAU DES GARANTIES

		Sécurité sociale ⁽¹⁾	MGEN	
+ MGEN	FORFAIT SE SOIGNER AUTREMENT			
	Ostéopathie	Non pris en charge	150 €/an	
	Actes médicaux d'acupuncture			
	Homéopathie prescrite non remboursée par la Sécurité sociale			
	Consultations diététicien			
	Chiropraxie			
	FORFAIT PRÉVENTION			
	Contraception prescrite non remboursée par la Sécurité sociale/ Tests de grossesse	Non pris en charge	150 €/an (pour sevrage tabagique : + remboursement Sécurité sociale le cas échéant)	
	Sevrage tabagique	Pris en charge		
	Vaccins prescrits non remboursés par la Sécurité sociale	Non pris en charge		
	Bilan psychomotricité			
	FORFAIT COMPLÉMENTAIRE SPÉCIFIQUE DE PRÉVENTION			
	Protections auditives jetables	Non pris en charge	50 €/an	
	Prévention des risques routiers (éthylotests et gilets réfléchissants conformes à la réglementation - norme CE)			
	Automédication			
Abonnements annuels aux clubs de sport et licences sportives				
		Sécurité sociale ⁽¹⁾	MGEN	Sécurité sociale + MGEN
HOSPITALISATION				
Honoraires médicaux ⁽²⁾	100 %	OPTAM/OPTAM-CO : 50 %	OPTAM/OPTAM-CO : 150 %	
		Non OPTAM/OPTAM-CO : 30 %	Non OPTAM/OPTAM-CO : 130 %	
	80 %	OPTAM/OPTAM-CO : 70 %	OPTAM/OPTAM-CO : 150 %	
		Non OPTAM/OPTAM-CO : 50 %	Non OPTAM/OPTAM-CO : 130 %	

⁽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.

TABLEAU DES GARANTIES

		Sécurité sociale ⁽¹⁾	MGEN	Sécurité sociale + MGEN
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	
			MGEN hors du conventionnement	MGEN dans le conventionnement
Chambre particulière en cas d'hospitalisation avec hébergement et comprenant au moins une nuitée ⁽²⁾	Médecine - Chirurgie - Obstétrique	Non pris en charge	33€/nuitée	45€/nuitée
	Soins de suite et de réadaptation		18,50€/nuitée	35€/nuitée
Chambre particulière en cas de séjour ambulatoire en chirurgie avec anesthésie ⁽²⁾			Non pris en charge	15€
		Sécurité sociale ⁽¹⁾	MGEN	Sécurité sociale + MGEN
DENTAIRE				
Consultations et soins conservateurs ou chirurgicaux (remboursables par la Sécurité sociale et selon la classification commune des actes médicaux)		70%	30%	100%
Inlay Onlay		70%	80%	150%
			MGEN hors du conventionnement	MGEN dans le conventionnement (praticiens libéraux) ⁽³⁾
PROTHÈSES DENTAIRES FIXES				
Couronne dento-portée métallique ou céramo-métallique en fonction du type de dents : incisives, canines, prémolaires (ICP) et molaires		70%	86€ (toutes dents)	397,95€ (ICP) 195,15€ (molaire)
Bridge de base (2 piliers + 1 inter)		70%	224€	954,35€ (métal) ou 1 000€ (céramique)
Couronne transitoire		Non pris en charge	Non pris en charge	50,70€/couronne isolée (toutes dents)

⁽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.

⁽³⁾ Pour les centres de santé dentaire conventionnés avec MGEN, contactez le 09 74 750 700.

TABLEAU DES GARANTIES

	Sécurité sociale ⁽¹⁾	MGEN hors Optistya	MGEN dans Optistya ⁽⁴⁾
OPTIQUE			
VERRE UNIFOCAL ADULTE⁽³⁾			
Faible et moyenne correction	60%	22,50€/verre	27€/verre
Forte correction	60%	85€/verre	102€/verre
VERRE PROGRESSIF ADULTE⁽³⁾			
Faible et moyenne correction	60%	85€/verre	102€/verre
Forte correction	60%		
MONTURE			
Monture adulte	60%		30€
LENTILLES DE CONTACT CORRECTRICES			
Remboursées par la Sécurité sociale	60%		100€/an
Non remboursées par la Sécurité sociale	Non pris en charge		
Pour les lentilles remboursées par la Sécurité sociale prise en charge du Ticket Modérateur au-delà du forfait annuel prévu	60%		40%

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

⁽⁴⁾ 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 des prestations mentionnées ci-dessus et fixées 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.

⁽³⁾ 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.

Les adhérents disposent du libre choix de leur professionnel ou établissement de santé.

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.

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 ».

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.