

MGEN Santé Prévoyance

GARANTIES SANTÉ

Les montants des remboursements sont exprimés en % de la Base de Remboursement de la Sécurité sociale (BRSS) en vigueur au 1^{er} janvier 2025 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⁾	MSP INITIALE ⁽¹⁾⁽²⁾	MSP ÉQUILIBRE ⁽²⁾	MSP RÉFÉRENCE ⁽²⁾	MSP INTÉGRALE ⁽²⁾	
Honoraires médicaux						
Consultations/Visites de médecins généralistes	70 %	100 %	100 %	100 %	OPTAM ⁽³⁾ : 170 % Non OPTAM ⁽³⁾ : 150 %	
Consultations/Visites de médecins spécialistes			OPTAM/ OPTAM-CO ⁽³⁾ : 170 % Non OPTAM/ Non OPTAM-CO ⁽³⁾ : 150 %		OPTAM/ OPTAM-CO ⁽³⁾ : 200 % Non OPTAM/ Non OPTAM-CO ⁽³⁾ : 175 %	
Actes techniques dont radiologie			OPTAM/ OPTAM-CO ⁽³⁾ : 170 % Non OPTAM/ Non OPTAM-CO ⁽³⁾ : 150 %		OPTAM/ OPTAM-CO ⁽³⁾ : 200 % Non OPTAM/ Non OPTAM-CO ⁽³⁾ : 175 %	
Honoraires paramédicaux						
Honoraires des auxiliaires médicaux						
Infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, pédicures, podologues, orthophonistes, orthoptistes			60 %		100 %	125 %
Analyses et examens de laboratoire						
Analyses - Actes de laboratoire	60 %	100 %	125 %	100 %	125 %	
Médicaments						
Médicaments et sevrage tabagique remboursés par la Sécurité sociale à 65 %	65 %	100 %	100 %	100 %	100 %	
Médicaments remboursés par la Sécurité sociale à 30 %	30 %	100 %	100 %	100 %	100 %	
Médicaments remboursés par la Sécurité sociale à 15 % (hors homéopathie)	15 %	15 %	Remboursement Sécurité sociale + 25 €/année civile	15 %	Remboursement Sécurité sociale + 50 €/année civile	
Médicaments prescrits non remboursés par la Sécurité sociale (hors homéopathie)	Non pris en charge	-		-		
Cures thermales						
Frais d'hébergement (forfait par séjour)	65 %/ Non pris en charge	65 % / -	Remboursement Sécurité sociale + 100 €/séjour	Remboursement Sécurité sociale + 75 €/séjour	Remboursement Sécurité sociale + 150 €/séjour	
Matériel médical						
Semelles orthopédiques remboursées par la Sécurité sociale	60 %	100 %	230 %	230 %	350 %	
Psychothérapie						
Séances de psychothérapie remboursées par la Sécurité sociale (selon les conditions et tarifs définis par les pouvoirs publics, dans la limite d'un bilan et 11 séances par année civile)	60 %	100 %	100 %	100 %	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) LES PRESTATIONS INDIQUÉES INCLUENT LA PART DE LA SÉCURITÉ SOCIALE.
(3) 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.

+ MGEN	FORFAIT SE SOIGNER AUTREMENT	SÉCURITÉ SOCIALE ⁽¹⁾	MSP INITIALE ⁽²⁾	MSP ÉQUILIBRE ⁽²⁾	MSP RÉFÉRENCE ⁽²⁾	MSP INTÉGRALE ⁽²⁾
	Ostéopathie	Non pris en charge	80 €/année civile avec un maximum de 40 € par séance	120 €/année civile avec un maximum de 40 € par séance	100 €/année civile avec un maximum de 40 € par séance	160 €/année civile avec un maximum de 40 € par séance
	Acupuncture	70 %/Non pris en charge				
	Homéopathie ⁽⁴⁾	Non pris en charge				
	Consultations diététicien					
	Chiropraxie					
	Psychomotricité					
	Ergothérapie					
	Sophrologie					
	Naturopathie					
	Etiopathie					
	Hypnothérapie					
	Pédicurie-Podologie non remboursée par la Sécurité sociale					
	Psychothérapie non remboursée par la Sécurité sociale (20 séances maximum par année civile)		10 € par séance	15 € par séance	15 € par séance	20 € par séance
PRÉVENTION						
Contraception non remboursée (féminine et masculine)/ Tests de grossesse	Non pris en charge	75 €/année civile	125 €/année civile	75 €/année civile	150 €/année civile	
Vaccins prescrits non remboursés par la Sécurité sociale		-		-		
Bilan de psychomotricité		-		-		
Ostéodensitométrie remboursée ou non par la Sécurité sociale	70 %/Non pris en charge	-	-	-		
Dépistage Prénatal Non Invasif (DPNI)/Amniocentèse	100 %/ Non pris en charge	Remboursement Sécurité sociale pour le DPNI	Remboursement Sécurité sociale pour le DPNI + 183 €/acte	Remboursement Sécurité sociale pour le DPNI + 183 €/acte	Remboursement Sécurité sociale pour le DPNI + 183 €/acte	

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) LES PRESTATIONS INDIQUÉES INCLUENT LA PART DE LA SÉCURITÉ SOCIALE.

(4) La limite de 40 € par séance ne s'applique pas à l'homéopathie.

HOSPITALISATION	SÉCURITÉ SOCIALE ⁽¹⁾	MSP INITIALE ⁽¹⁾⁽²⁾	MSP ÉQUILIBRE ⁽¹⁾⁽²⁾	MSP RÉFÉRENCE ⁽¹⁾⁽²⁾	MSP INTÉGRALE ⁽¹⁾⁽²⁾	
Honoraires médicaux et chirurgicaux						
Honoraires médicaux	80 %	100 %	OPTAM/ OPTAM-CO ⁽¹⁾ : 170 %	OPTAM/ OPTAM-CO ⁽¹⁾ : 150 %	OPTAM/ OPTAM-CO ⁽¹⁾ : 200 %	
			Non OPTAM/ Non OPTAM-CO ⁽¹⁾ : 150 %	Non OPTAM/ Non OPTAM-CO ⁽¹⁾ : 130 %	Non OPTAM/ Non OPTAM-CO ⁽¹⁾ : 175 %	
Forfait journalier hospitalier						
Forfait journalier hospitalier	Non pris en charge	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	
Hébergement et frais de séjour						
Frais de séjour	80 %	100 %	100 %	100 %	100 %	
Chambre particulière						
Chambre particulière en soins de suite et de réadaptation	Non pris en charge	PRESTATION CONVENTIONNELLE 40 €/jour	PRESTATION CONVENTIONNELLE 40 €/jour	PRESTATION CONVENTIONNELLE 40 €/jour	PRESTATION CONVENTIONNELLE 40 €/jour	
		PRESTATION NON CONVENTIONNELLE Néant	PRESTATION NON CONVENTIONNELLE 18,50 €/jour	PRESTATION NON CONVENTIONNELLE 18,50 €/jour	PRESTATION NON CONVENTIONNELLE 18,50 €/jour	
Chambre particulière en psychiatrie		PRESTATION CONVENTIONNELLE 45 €/jour	PRESTATION CONVENTIONNELLE 45 €/jour	PRESTATION CONVENTIONNELLE 45 €/jour	PRESTATION CONVENTIONNELLE 45 €/jour	
		PRESTATION NON CONVENTIONNELLE Néant	PRESTATION NON CONVENTIONNELLE 30 €/jour	PRESTATION NON CONVENTIONNELLE 30 €/jour	PRESTATION NON CONVENTIONNELLE 30 €/jour	
Chambre particulière en court séjour (médecine, chirurgie, obstétrique)		PRESTATION CONVENTIONNELLE 50 €/jour	PRESTATION CONVENTIONNELLE 50 €/jour	PRESTATION CONVENTIONNELLE 50 €/jour	PRESTATION CONVENTIONNELLE 50 €/jour	
		PRESTATION NON CONVENTIONNELLE Néant	PRESTATION NON CONVENTIONNELLE 33 €/jour	PRESTATION NON CONVENTIONNELLE 33 €/jour	PRESTATION NON CONVENTIONNELLE 33 €/jour	
Chambre particulière en maternité		PRESTATION CONVENTIONNELLE 50 €/jour	PRESTATION CONVENTIONNELLE 50 €/jour	PRESTATION CONVENTIONNELLE 50 €/jour	PRESTATION CONVENTIONNELLE 50 €/jour	
		PRESTATION NON CONVENTIONNELLE Néant	PRESTATION NON CONVENTIONNELLE 33 €/jour	PRESTATION NON CONVENTIONNELLE 33 €/jour	PRESTATION NON CONVENTIONNELLE 33 €/jour	
Chambre particulière en chirurgie ambulatoire avec anesthésie (sans nuitée)			PRESTATION CONVENTIONNELLE UNIQUEMENT 25 €	PRESTATION CONVENTIONNELLE UNIQUEMENT 25 €	PRESTATION CONVENTIONNELLE UNIQUEMENT 25 €	PRESTATION CONVENTIONNELLE UNIQUEMENT 25 €
Frais d'accompagnant						
Frais d'accompagnant accordés pour l'accompagnement d'un mutualiste : - de moins de 16 ans (à la date d'entrée dans l'établissement) - ou de plus de 70 ans (à la date d'entrée dans l'établissement) - ou en situation de handicap	Non pris en charge	PRESTATION CONVENTIONNELLE 38,50 €/nuitée	PRESTATION CONVENTIONNELLE 38,50 €/nuitée	PRESTATION CONVENTIONNELLE 38,50 €/nuitée	PRESTATION CONVENTIONNELLE 38,50 €/nuitée	
		-	PRESTATION NON CONVENTIONNELLE 25 €/nuitée	PRESTATION NON CONVENTIONNELLE 25 €/nuitée	PRESTATION NON CONVENTIONNELLE 25 €/nuitée	

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) LES PRESTATIONS INDICUÉES INCLUENT LA PART DE LA SÉCURITÉ SOCIALE.
(3) 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, de ceux des médecins libéraux, de ceux des médecins non adhérents.
(5) 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⁾	MSP INITIALE ⁽²⁾	MSP ÉQUILIBRE ⁽²⁾	MSP RÉFÉRENCE ⁽²⁾	MSP INTÉGRALE ⁽²⁾
100 % SANTÉ	PANIER « 100 % SANTÉ » SOINS ET PROTHÈSES TOTALEMENT REMBOURSÉS ⁽⁶⁾					
	Couronne définitive (sur dent visible ou non visible)	60 %	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		60 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Inlay-onlay remboursé par la Sécurité sociale			100 €	100 €	150 €	150 €
Prothèses						
Prothèses fixes (couronnes dento-portées et bridges) remboursées par la Sécurité sociale						
Couronne définitive sur dent visible (incisive, canine et prémolaire) - couronne céramo-métallique - couronne céramo-céramique		60 %	300 €	300 €	420 €	420 €
Couronne définitive sur dent non visible (molaire) - couronne céramo-métallique - couronne céramo-céramique			120 €	120 €	216 €	300 €
Orthodontie						
Traitements remboursés par la Sécurité sociale						
Traitement actif (par semestre)		100 %	348,30 €	348,30 €	542 €	639 €
Implantologie						
Couronne sur implant		60 %	107,50 €	107,50 €	200 € dans la limite de 2 couronnes sur 2 années civiles puis 161,25 € sur les suivantes	322,50 € dans la limite de 3 couronnes sur 2 années civiles puis 161,25 € sur les suivantes
Implant						
Non remboursé par la Sécurité sociale (greffe d'os, inlay implantaire, guide chirurgical...)		Non pris en charge	-	-	Remboursement Sécurité sociale + 500 €/implant (limité à 2 implants sur 2 années civiles)	Remboursement Sécurité sociale + 650 €/implant (limité à 3 implants sur 2 années civiles)
Remboursé par la Sécurité sociale (greffe d'os, inlay implantaire, guide chirurgical...)		100 %	100 %	100 %		
Parodontie						
Traitement remboursé par la Sécurité sociale		60 %	100 %	100 %	100 %	100 % + forfait 400 €/année civile
Traitement non remboursé par la Sécurité sociale		Non pris en charge	-	-	-	

(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) LES PRESTATIONS INDICUÉES INCLUENT LA PART DE LA SÉCURITÉ SOCIALE.

(6) Tel que défini réglementairement.

AIDES AUDITIVES ⁽⁵⁾		SÉCURITÉ SOCIALE ⁽¹⁾	MSP INITIALE ⁽²⁾	MSP ÉQUILIBRE ⁽²⁾	MSP RÉFÉRENCE ⁽²⁾	MSP INTÉGRALE ⁽²⁾
100 % SANTÉ	PANIER « 100 % SANTÉ » ÉQUIPEMENTS REMBOURSÉS TOTALEMENT ⁽⁶⁾					
	Mutualiste de moins de 20 ans 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 20 ans et plus					
HORS PANIER « 100 % SANTÉ » Équipements						
Mutualiste de 20 ans et plus		60 %	400 €	400 €	740 €	790 €

OPTIQUE ⁽²⁾			SÉCURITÉ SOCIALE ⁽¹⁾	MSP INITIALE ⁽²⁾	MSP ÉQUILIBRE ⁽²⁾	MSP RÉFÉRENCE ⁽²⁾	MSP INTÉGRALE ⁽²⁾
Lunettes remboursées par la Sécurité sociale							
100 % SANTÉ	PANIER « 100 % SANTÉ » ÉQUIPEMENTS (MONTURE ET VERRES) REMBOURSÉS TOTALEMENT ⁽⁸⁾						
	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)						
	Prestation d'appairage et supplément pour verres teintés						
HORS PANIER « 100 % SANTÉ » Équipements (monture et verres)							
Prestations dans Kalixia Optique							
Verre unifocal (classe B)	Faible et moyenne correction (catégorie A)	< 16 ans	60 %	30 €	30 €	45 €	60 €
		≥ 16 ans		30 €	30 €	45 €	80 €
Verre multifocal ou progressif (classe B)	Faible et moyenne correction (catégorie C)	≥ 16 ans		100 €	100 €	120 €	160 €
Monture (classe B)		< 16 ans		30 €	30 €	35 €	45 €
		≥ 16 ans		30 €	30 €	60 €	90 €
Prestations hors Kalixia Optique							
Verre unifocal (classe B)	Faible et moyenne correction (catégorie A)	< 16 ans	60 %	25 €	25 €	35 €	45 €
		≥ 16 ans		25 €	25 €	35 €	60 €
Verre multifocal ou progressif (classe B)	Faible et moyenne correction (catégorie C)	≥ 16 ans		85 €	85 €	90 €	120 €
Monture (classe B)		< 16 ans		30 €	30 €	35 €	45 €
		≥ 16 ans		30 €	30 €	60 €	90 €
Lentilles de contact correctrices							
Remboursées par la Sécurité sociale (par année civile). Prise en charge du ticket modérateur après épuisement du forfait			60 %	Remboursement Sécurité sociale + forfait 50 €	Remboursement Sécurité sociale + forfait 100 €	Remboursement Sécurité sociale + forfait 110 €	Remboursement Sécurité sociale + forfait 170 €
Non remboursées par la Sécurité sociale (par année civile)			Non pris en charge				
Autres prestations optiques							
Chirurgie réfractive dont kératotomie (par œil)			Non pris en charge	-	-	365 €	400 €

(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) LES PRESTATIONS INDIQUÉES INCLUENT LA PART DE LA SÉCURITÉ SOCIALE.

(6) Tel que défini réglementairement.

(7) 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.

(8) 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 prestations mentionnées ci-dessus 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, la période est réduite à un an en cas de renouvellement de l’équipement justifié par une évolution de la vue.

5/6



→ 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.

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.

DÉPASSEMENTS D'HONORAIRES

Différence entre les honoraires demandés par le praticien et le tarif de la Sécurité sociale.

PRESTATIONS MGEN

Elles sont calculées sur la Base de Remboursement de la Sécurité sociale, des frais réels ou forfaits. En cas d'exonération totale ou partielle du Ticket Modérateur, la participation MGEN est réduite à due proportion, sauf forfaits.

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.

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).

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).

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.

PARTICIPATION FORFAITAIRE DE 2 €

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.

[cliquez ici pour revenir à l'accueil](#)