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 1er janvier 2025 ou en forfait en euros. Le présent document n'a pas de valeur contractuelle, les garant
ci-après ne sont pas exhaustives. Pour plus de détails, voir les statuts et règlements mutualistes.

SOINS COURANTS	SÉCURITÉ SOCIALE(1)	MSP INITIALE(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 %	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 Séc
(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 tari
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 Séc
(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[2]	MSP ÉQUILIBRE[2]	MSP RÉFÉRENCE[2]	MSP INTÉGRALE[2]
Honoraires médicaux et chirurgicaux					
Honoraires médicaux	80 %	100 %	OPTAM/ OPTAM-CO[3] : 170 % Non OPTAM/ Non OPTAM-CO[3] : 150 %	OPTAM/ OPTAM-CO[3] : 150 % Non OPTAM/ Non OPTAM-CO[3] : 130 %	OPTAM/ OPTAM-CO[3] : 200 % Non OPTAM/ Non OPTAM-CO[3] : 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[5] 40 €/jour	Prestation conventionnelle[5] 40 €/jour	Prestation conventionnelle[5] 40 €/jour	Prestation conventionnelle[5] 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[5] 45 €/jour	Prestation conventionnelle[5] 45 €/jour	Prestation conventionnelle[5] 45 €/jour	Prestation conventionnelle[5] 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[5] 50 €/jour	Prestation conventionnelle[5] 50 €/jour	Prestation conventionnelle[5] 50 €/jour	Prestation conventionnelle[5] 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[5] 50 €/jour	Prestation conventionnelle[5] 50 €/jour	Prestation conventionnelle[5] 50 €/jour	Prestation conventionnelle[5] 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[5] 38,50 €/nuitée	Prestation conventionnelle[5] 38,50 €/nuitée	Prestation conventionnelle[5] 38,50 €/nuitée	Prestation conventionnelle[5] 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 Séc
(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 tarif 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 aux 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 couvri la chambre particulière (séjours avec nuitée(s) et séjours ambulatoires en chirurgie avec anesthésie) et les frais d'accompagnant.

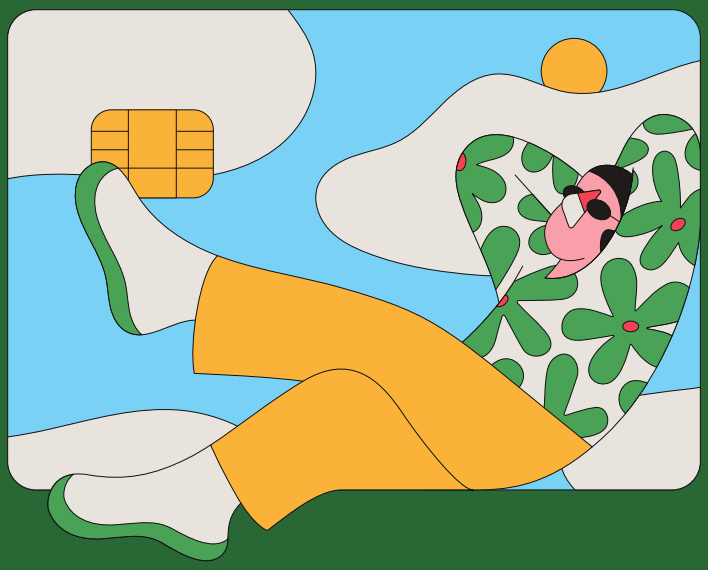
DENTAIRE	SÉCURITÉ SOCIALE(1)	MSP INITIALE(2)	MSP ÉQUILIBRE(2)	MSP RÉFÉRENCE(2)	MSP INTÉGRALE(2)
100 % SANTÉ — **PANIER « 100 % SANTÉ »** — **Soins et prothèses totalement remboursés(6)**					
Couronne définitive (sur dent visible ou non visible)	60 %	**Remboursement total de la dépense engagée.** Pour 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 Séc
(2) Les prestations indiquées incluent la part de la Sécurité sociale.
(6) Tel que défini réglementairement.

AIDES AUDITIVES[7]			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[8]			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[6]**						
	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 Séc
(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'avan 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 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 compos 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 lir 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 dérogatio période est réduite à un an en cas de renouvellement de l'équipement justifié par une évolution de la vue.



→ 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 annuairesante.ameli.fr (rubrique Annuaire Santé).

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.

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, 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.

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

carte d'adhérent MGEN peut vous permettre de bénéficier de la dispense d'avance de frais.

cliquer ici pour revenir au sommaire

MGEN, immatriculée sous le numéro SIREN 775 685 399, mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du code de la Mutualité. - MGEN Action sanitaire et sociale, immatriculée sous le numér
913, MGEN Centres de santé, immatriculée sous le numéro SIREN 477 901 714, mutuelles soumises aux dispositions du Livre III du code de la mutualité, sise 3, square Max Hymans - 75748 P
Ressources Mutuelles Assistance – Union d'assistance soumise aux dispositions du Livre II du code de la Mutualité, dont le siège social est situé 46, rue du Moulin - CS 32427 - 44124 Vertou C
Immatriculée au répertoire Sirene sous le numéro SIREN 444 269 682. Numéro LEI 969500YZ86NRB0ATRB28.
Document publicitaire n'ayant pas de valeur contractuelle. Les conditions de garanties figurent aux Statuts et Règlements mutualistes MGEN.