

Tableau des prestations

Fiche de mise en gestion du contrat

Les montants des remboursements sont exprimés en % de la Base de Remboursement de la Sécurité sociale (BRSS) en vigueur au 1^{er} janvier 2024 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*	REMBOURSEMENT TOTAL SÉCURITÉ SOCIALE + MUTUELLE
Honoraires médicaux		
Consultations, visites de généralistes ⁽¹⁾		
Médecins signataires du Dispositif de pratique tarifaire maîtrisée	70 % BRSS	400 % BRSS
Médecins non signataires du Dispositif de pratique tarifaire maîtrisée	70 % BRSS	200 % BRSS
Sages-femmes		
Honoraires des sages-femmes	70 % BRSS	200 % BRSS
Consultations, visites de spécialistes ⁽¹⁾		
Médecins signataires du Dispositif de pratique tarifaire maîtrisée	70 % BRSS	450 % BRSS
Médecins non signataires du Dispositif de pratique tarifaire maîtrisée	70 % BRSS	200 % BRSS
Actes techniques médicaux ⁽¹⁾		
Médecins signataires du Dispositif de pratique tarifaire maîtrisée	70 % BRSS	450 % BRSS
Médecins non signataires du Dispositif de pratique tarifaire maîtrisée	70 % BRSS	200 % BRSS
Radiologie ⁽¹⁾		
Médecins signataires du Dispositif de pratique tarifaire maîtrisée	70 % BRSS	300 % BRSS
Médecins non signataires du Dispositif de pratique tarifaire maîtrisée	70 % BRSS	200 % BRSS
Prise en charge de l'intégralité de la participation forfaitaire « actes lourds » (visée par l'article R.160-16 du Code de la Sécurité sociale)	Néant	Frais réels
Honoraires paramédicaux		
Auxiliaires médicaux	60% BRSS	150% BRSS
Analyses et examens de laboratoire		
Analyses - Actes de laboratoire	60% BRSS	150% BRSS
Médicaments		
Pharmacie remboursable à 65 % - dont substituts nicotiniques médicalement prescrits	65 % BRSS	100 % BRSS
Pharmacie remboursable à 30 %	30 % BRSS	100 % BRSS
Pharmacie remboursable à 15 %	15 % BRSS	100 % BRSS
Honoraires de pharmacie remboursés par la Sécurité sociale	65 % / 70 % BRSS	100 % BRSS
Contraceptifs féminin et masculin et homéopathie non remboursés par la Sécurité sociale	Néant	3,5 % PMSS / an / bénéficiaire

(1) Dispositif de pratique tarifaire maîtrisée : dispositif par lequel les médecins s'engagent à pratiquer des dépassements d'honoraires de manière modérée.
La prise en charge des dépassements d'honoraires des médecins sont couverts différemment si le praticien est adhérent ou non au dispositif - OPTAM (Option Pratique Tarifaire Maîtrisée) et OPTAM-CO (Option Pratique Tarifaire Maîtrisée - Chirurgie et Obstétrique).
*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.
FR : Frais réels
BRSS : Base de remboursement Sécurité sociale
TM : Ticket modérateur
PMSS : Plafond Mensuel de la Sécurité sociale

SOINS COURANTS	SÉCURITÉ SOCIALE ¹	REMBOURSEMENT TOTAL SÉCURITÉ SOCIALE + MUTUELLE
Prévention		
Médecines douces : Ostéopathie, diététicien, chiropraxie, acupunture, homéopathie, podologie, psychologue (limité à 4 séances / an / bénéficiaire)	Néant	60 € / séance
Vaccins prescrits non pris en charge Sécurité sociale	Néant	100 % FR
Amniocentèse non prise en charge par la Sécurité sociale	Néant	185 € / acte
Psychothérapie		
Séances de psychothérapie (Selon les conditions et tarifs définis par les pouvoirs publics, dans la limite d'un bilan et 7 séances par année civile)	60 % BRSS	100 % BRSS
Transport		
Frais de transports (avec ou sans hospitalisation, y compris pour les cures thermales) remboursés par la Sécurité sociale	55 % BRSS	150 % BRSS
Matériel médical		
Grands appareillages	60 % BRSS	400 % BRSS
Orthèses, prothèses médicales, orthopédie, petits appareillages et accessoires, locations d'appareils pris en charge par la Sécurité sociale	60 % BRSS	400 % BRSS
Prothèses médicales non prises en charge par la Sécurité sociale	Néant	450 € / an / bénéficiaire
Cures thermales		
Cures thermales prises en charge par la Sécurité sociale	70 % / 65 % BRSS	100 % BRSS + 400 € / an / bénéficiaire

HOSPITALISATION	SÉCURITÉ SOCIALE ¹	REMBOURSEMENT TOTAL SÉCURITÉ SOCIALE + MUTUELLE
Forfait journalier hospitalier		
Forfait journalier hospitalier	Néant	100 % FR
Forfait patient urgences (FPU)	Néant	Frais réels
Prise en charge de l'intégralité de la participation forfaitaire « actes lourds » (visée par l'article R160-16 du Code de la Sécurité sociale)	Néant	Frais réels
Honoraires ⁽¹⁾		
- Médecins signataires du Dispositif de pratique tarifaire maîtrisée	80 % BRSS	500 % BRSS
- Médecins non signataires du Dispositif de pratique tarifaire maîtrisée	80 % BRSS	200 % BRSS
Hébergement et frais de séjour		
Frais de séjour Etablissements conventionnés par la Sécurité sociale	80 % BRSS	500 % BRSS
Frais de séjour Etablissements non conventionnés par la Sécurité sociale	80 % BRSS	350 % BRSS
Chambre particulière avec nuitée	Néant	3,5 PMSS / jour
Chambre ambulatoire	Néant	20 € / jour
Frais d'accompagnement	Néant	2,5 PMSS / jour

(1) Dispositif de pratique tarifaire maîtrisée : dispositif par lequel les médecins s'engagent à pratiquer des dépassements d'honoraires de manière modérée.
La prise en charge des dépassements d'honoraires des médecins sont couverts différemment si le praticien est adhérent ou non au dispositif - OPTAM (Option Pratique Tarifaire Maîtrisée) et OPTAM-CO (Option Pratique Tarifaire Maîtrisée - Chirurgie et Obstétrique).
*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.
FR : Frais réels
BRSS : Base de remboursement Sécurité sociale
TM : Ticket modérateur
PMSS : Plafond Mensuel de la Sécurité sociale

2/5

DENTAIRE		SÉCURITÉ SOCIALE*	REMBOURSEMENT TOTAL SÉCURITÉ SOCIALE + MUTUELLE
100 % SANTÉ	Soins et prothèses entrant dans le panier 100% Santé, remboursés totalement, tels que définis réglementairement		
	Couronne définitive (visible ou non visible)	60 % BRSS	
	Inlay core (avec ou sans clavette)	60 % BRSS	
	Bridge dento-porté	60 % BRSS	
	Couronne transitoire dento-portée	60 % BRSS	
	Appareil amovible en résine	60 % BRSS	
	Réparations sur appareil amovible en résine	60 % BRSS	
Soins et prothèses hors panier 100 % Santé			
Soins			
Soins conservateurs, consultation, chirurgie, radiologie remboursés par la Sécurité sociale		60 % BRSS	150 % BRSS
Inlay-onlay remboursé par la Sécurité sociale		60 % BRSS	300 % BRSS
Prothèses			
Inlay core		60 % BRSS	400 % BRSS
Prothèses dentaires prises en charge par la Sécurité sociale		60 % BRSS	550 % BRSS
Prothèses dentaires définitives non prises en charge par la Sécurité sociale		Néant	600 € / an / bénéficiaire
Prothèses provisoires non prises en charge Sécurité sociale		Néant	100 € / an / bénéficiaire
Implantologie			
Remboursée ou non par la Sécurité sociale (Grefe d'os, inlay implantaire, guide chirurgical...) Prise en charge du ticket modérateur après épuisement du forfait		Néant / 100 % BRSS	30 % PMSS / an / bénéficiaire En cas de prise en charge par la Sécurité sociale, la prestation est ainsi exprimée : Remboursement Sécurité sociale + 30 % PMSS / an / bénéficiaire
Prothèses sur implant non-prises en charge par la Sécurité sociale		Néant	500 € / an / bénéficiaire
Orthodontie			
Orthodontie prise en charge par la Sécurité sociale		60 % / 100 % BRSS	400 % BRSS
Orthodontie non prise en charge par la Sécurité sociale		Néant	350 % BRSS (restituée)
Parodontologie			
Parodontologie prise en charge Sécurité sociale		60 % BRSS	125 % BRSS + 250 € / an / bénéficiaire
Parodontologie non prise en charge Sécurité sociale		Néant	250 € / an / bénéficiaire

OPTIQUE ⁽⁷⁾		SÉCURITÉ SOCIALE ¹	REMBOURSEMENT TOTAL SÉCURITÉ SOCIALE + MUTUELLE
100% SANTÉ	EÉquipements (monture et verres) entrant dans le panier 100% Santé, remboursés totalement**		
	Monture	60% BRSS	Remboursement total de la dépense engagée Pour un équipement et des tarifs définis par les pouvoirs publics
	Verre simple unifocal faible correction	60% BRSS	
	Verre simple unifocal moyenne/forte correction et multifocal ou progressif faible/moyenne correction	60% BRSS	
	Verre progressif multifocal ou progressif forte correction	60% BRSS	
	Prestation d'appairage et supplément pour verres teintés	60% BRSS	

Equipements (monture et verres) hors panier 100% Santé ¹		
	SÉCURITÉ SOCIALE ¹	REMBOURSEMENT TOTAL SÉCURITÉ SOCIALE + MUTUELLE
Monture	60 % BRSS	100 €
Verre simple unifocal faible correction	60 % BRSS	160 €
Verre simple unifocal moyenne / forte correction et multifocal ou progressif faible/moyenne correction	60 % BRSS	275 €
Verre progressif multifocal ou progressif forte correction	60 % BRSS	325 €
Autres prestations optiques		
Lentilles prises en charge par la Sécurité sociale puis TM au-delà du forfait	60 % BRSS	Remboursement Sécurité sociale + 8,5 % PMSS / an / bénéficiaire
Lentilles non prises en charge par la Sécurité sociale (y compris jetables)	Néant	300 € / an / bénéficiaire
Chirurgie réfractive non prise en charge par la Sécurité sociale	Néant	25 % PMSS / œil / an
Autres prestations optiques (prestations d'adaptation, matériel pour amblyopie, autres suppléments optiques remboursés par la Sécurité sociale)	60 % BRSS	100 % BRSS

AIDES AUDITIVES ⁽⁶⁾		SÉCURITÉ SOCIALE ¹	REMBOURSEMENT TOTAL SÉCURITÉ SOCIALE + MUTUELLE
100% SANTÉ	Aides auditives entrant dans le panier 100% Santé, remboursées totalement***		
	Mutualiste de moins de 20 ans ou Mutualiste atteint de cécité	60 % BRSS	Remboursement total de la dépense engagée. Pour des aides auditives et des tarifs définis par les pouvoirs publics
	Mutualiste de 20 ans et plus	60 % BRSS	
Aides auditives hors du panier 100% santé***			
Mutualiste de moins de 20 ans ou Mutualiste atteint de cécité		60 % BRSS	100 % BRSS + 300 € / aide auditive
Mutualiste de 20 ans et plus		60 % BRSS	100 % BRSS + 1000 € / aide auditive
Entretien et accessoires (Piles, écouteurs, microphones et embouts)		60 % BRSS	100 % BRSS

ALLOCATION NAISSANCE OU ADOPTION	SÉCURITÉ SOCIALE ¹	REMBOURSEMENT TOTAL SÉCURITÉ SOCIALE + MUTUELLE
Allocation naissance ou adoption (par enfant)	Néant	500 €

ALLOCATION NAISSANCE OU ADOPTION	SÉCURITÉ SOCIALE ¹	REMBOURSEMENT TOTAL SÉCURITÉ SOCIALE + MUTUELLE
Assistance à domicile : 24/24h - 7/7j : Une assistance pour vous aider à réorganiser votre vie familiale perturbée par un accident corporel, une maladie soudaine, imprévisible, aiguë ou un décès.	Néant	incluse
Action sociale : Une action sociale et solidaire destinée à répondre aux attentes des adhérents fragilisés qui traversent notamment des difficultés personnelles, familiales ou financières.	Néant	incluse

(1) Dispositif de pratique tarifaire maîtrisée : dispositif par lequel les médecins s'engagent à pratiquer des dépassements d'honoraires de manière modérée.

La prise en charge des dépassements d'honoraires des médecins sont couverts différemment si le praticien est adhérent ou non au dispositif - OPTAM (Option Pratique Tarifaire Maîtrisée) et OPTAM-CO (Option Pratique Tarifaire Maîtrisée - Chirurgie et Obstétrique).

*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.

FR : Frais réels

BRSS : Base de remboursement Sécurité sociale

TM : Ticket modérateur

PMSS : Plafond Mensuel de la Sécurité sociale

** Tel que défini réglementairement

Un équipement complet (1 monture + 2 verres) tous les 6 mois par bénéficiaire de moins de 6 ans à partir de la date de facturation selon règlementation en vigueur.

Un équipement complet (1 monture + 2 verres) tous les ans par bénéficiaire de 6 ans à moins de 16 ans à partir de la date de facturation.

Un équipement complet (1 monture + 2 verres) tous les 2 ans par bénéficiaire de 16 ans et plus à partir de la date de facturation et par dérogation, tous les ans en cas d'évolution de la vue.

Il est prévu d'autres cas dérogatoires aux périodes mentionnées ci-dessus pour l'achat de verres uniquement lorsque l'évolution de la vue est liées à des situations médicales particulières.

*** Tel que défini réglementairement

Le remboursement est limité à l'achat d'une aide auditive par oreille tous les 4 ans à partir de la date de délivrance quel que soit l'âge du mutualiste.

4/5



→ 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, 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 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.