

MGEN CULTURE

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 2026 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 notices d'informations.

Les garanties du panier de soins interministériel s'entendent sous déduction de l'intervention du régime obligatoire.

Les garanties des options s'entendent sous déduction des garanties du panier de soins interministériel.



SOINS COURANTS	SÉCURITÉ SOCIALE	PANIER DE SOINS INTERMINISTÉRIEL	OPTION 1	OPTION 2	OPTION 3
Honoraires médicaux					
Consultations/Visites de Généralistes, adhérent à l'OPTAM	70 % BR	100 % BR	130 % BR	150 % BR	250 % BR
Consultations/Visites de Généralistes, non adhérent à l'OPTAM	70 % BR	100 % BR	110 % BR	130 % BR	200 % BR
Consultations/Visites de Spécialistes, adhérent à l'OPTAM/OPTAM-ACO	70 % BR	150 % BR	150 % BR	220 % BR	250 % BR
Consultations/Visites de Spécialistes, non adhérent à l'OPTAM/OPTAM-ACO	70 % BR	130 % BR	130 % BR	200 % BR	200 % BR
Actes Techniques Médicaux, adhérent à OPTAM/OPTAM-ACO	70 % BR	150 % BR	150 % BR	180 % BR	250 % BR
Actes Techniques Médicaux, non adhérent à OPTAM/OPTAM-ACO	70 % BR	130 % BR	130 % BR	150 % BR	200 % BR
Actes de Chirurgie, adhérent à OPTAM/OPTAM-ACO	70 % BR	150 % BR	150 % BR	180 % BR	250 % BR
Actes de Chirurgie, non adhérent à OPTAM/OPTAM-ACO	70 % BR	130 % BR	130 % BR	150 % BR	200 % BR
Actes d'Imagerie Médicale, adhérent à OPTAM/OPTAM-ACO	70 % BR	130 % BR	150 % BR	170 % BR	250 % BR
Actes d'Imagerie Médicale, non adhérent à OPTAM/OPTAM-ACO	70 % BR	100 % BR	130 % BR	150 % BR	200 % BR
Analyses et examens de laboratoire					
Analyses médicales et actes de laboratoire	60 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Analyses médicales et actes de laboratoire non remboursés par la Sécurité sociale	Non pris en charge	-	50 €/an	50 €/an	50 €/an
Honoraires paramédicaux					
Auxiliaires Médicaux hors masseurs - kinésithérapeutes	60 % BR	100 % BR	100 % BR	150 % BR	150 % BR
Masseurs-kinésithérapeutes	60 % BR	130 % BR	130 % BR	150 % BR	150 % BR

MÉDICAMENTS	SÉCURITÉ SOCIALE	PANIER DE SOINS INTERMINISTÉRIEL	OPTION 1	OPTION 2	OPTION 3
Médicament reconnu comme irremplaçables et coûteux - prise en charge à 100 % par la Sécurité sociale	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Médicament à service médical rendu majeur ou important - prise en charge à 65 % par la Sécurité sociale	65 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Médicament à service médical modéré - prise en charge à 30 % par la Sécurité sociale	30 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Médicament à service médical rendu faible - prise en charge à 15 % par la Sécurité sociale	15 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Médicaments prescrits non remboursés (homéopathie, contraceptifs, test de grossesse)	Non pris en charge	70 €/an	80 €/an	100 €/an	150 €/an

FR : Frais réels - BR : Base de Remboursement - BRR : Base de Remboursement Reconstitué - OPTAM : Option Pratique Tarifaire Maîtrisée

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 Anesthésie-Chirurgie-Obstétrique) prévus par la Convention nationale du 25 août 2016, applicable aux médecins libéraux de ceux des médecins non adhérents. La Mutuelle ne couvre les dépassements d'honoraires qu'en cas de respect du parcours de soins coordonnés. Pour les mutualistes de moins de 6 ans : remboursement limité à l'achat d'un équipement composé d'une monture et de deux verres par période de 6 mois à compter de la date de facturation du dernier élément de l'équipement optique et uniquement en cas de mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage de l'enfant entraînant une perte d'efficacité du verre correcteur. Pour les mutualistes de 6 ans à 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.

MATÉRIEL MÉDICAL	SÉCURITÉ SOCIALE	PANIER DE SOINS INTERMINISTÉRIEL	OPTION 1	OPTION 2	OPTION 3
Appareillage (petit et grand)	60 % BR	200 % BR	200 % BR	200 % BR + 605 €/an	200 % BR + 905 €/an
Prothèses médicales (hors aides auditives, optique et dentaire)	60 % BR	200 % BR	200 % BR	200 % BR + 605 €/an	200 % BR + 905 €/an
Orthèse, casque en cas de chimiothérapie ou plagiocéphalie : cpl't prothèse capillaire suite à cancer, lingerie ou tatouage suite à cancer du sein, protection urinaire post-prostatectomie, nébulisation à base de corticoïde, pompe à insuline innovante	Non pris en charge	-	75 €/an	75 €/an	75 €/an
Véhicules pour personnes en situation de handicap					
« 100 % SANTÉ »	Location fauteuils roulants courte durée	60 % BR	Remboursement total de la dépense engagée pour un équipement et des tarifs définis par les pouvoirs publics		
	Location fauteuils roulants longue durée	100 % BR			
Achat d'un véhicule à l'issue de la période de location de courte durée	100 % BR	200 % BR	200 % BR	200 % BR + 605 € par an	200 % BR + 905 € par an
Prothèses capillaires					
« 100 % SANTÉ »	Prothèses capillaires de classe I et II	60 % BR	Remboursement total de la dépense engagée pour un équipement et des tarifs définis par les pouvoirs publics		
	Prothèses capillaires de classe III et IV	60 % BR			
Accessoires capillaires (3 accessoires)	60 % BR	200 %	200 %	200 % BR + 605 € par an	200 % BR + 905 € par an

PSYCHOLOGIE	SÉCURITÉ SOCIALE	PANIER DE SOINS INTERMINISTÉRIEL	OPTION 1	OPTION 2	OPTION 3
Psychologue conventionné pris en charge par la Sécurité sociale (Mon soutien psy)	60 % BR	100 % BR	50 € le bilan puis 50 € les 11 séances suivantes	50 € le bilan puis 50 € les 11 séances suivantes	50 € le bilan puis 50 € les 11 séances suivantes
Psychologue - forfait par bénéficiaire	Non pris en charge	30 € par séance max. 4 séances/an	40 € par séance max. 6 séances/an	50 € par séance max. 6 séances/an	50 € par séance max. 6 séances/an

HOSPITALISATION	SÉCURITÉ SOCIALE	PANIER DE SOINS INTERMINISTÉRIEL	OPTION 1	OPTION 2	OPTION 3
Honoraires médicaux et chirurgicaux					
Honoraires médicaux et chirurgicaux, adhérent à OPTAM/OPTAM-ACO	80 % BR	150 % BR	200 % BR	220 % BR	300 % BR
Honoraires médicaux et chirurgicaux, non adhérent à OPTAM/OPTAM-ACO	80 % BR	130 % BR	180 % BR	200 % BR	200 % BR
Hébergement et frais de séjour					
Frais de séjour	80 % BR	100 % BR	100 % BR	150 % BR	150 % BR
Forfaits					
Forfait actes lourds	Non pris en charge	100 % FR	100 % FR	100 % FR	100 % FR
Forfait patient urgence	Non pris en charge	100 % FR	100 % FR	100 % FR	100 % FR
Forfait Journalier hospitalier	Non pris en charge	100 % FR	100 % FR	100 % FR	100 % FR
Chambre particulière					
Chambre particulière court séjour et maternité	Non pris en charge	50,00 €/nuit	50,00 €/nuit	62,00 €/nuit	70,00 €/nuit
Chambre particulière soins de suite	Non pris en charge	40,00 €/nuit	50,00 €/nuit	62,00 €/nuit	70,00 €/nuit
Chambre particulière psychiatrie	Non pris en charge	45,00 €/nuit	50,00 €/nuit	62,00 €/nuit	70,00 €/nuit
Chambre particulière en ambulatoire	Non pris en charge	25,00 €/jour	25,00 €/jour	62,00 €/jour	70,00 €/jour
Frais d'accompagnant					
Frais accompagnant - établissement conventionné	Non pris en charge	38,50 €/nuit	39,00 €/nuit	39,00 €/nuit	39,00 €/nuit
Frais accompagnant - établissement non conventionné	Non pris en charge	25,00 €/nuit	35,00 €/nuit	35,00 €/nuit	35,00 €/nuit
Transports					
Frais de transport	55 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR

FR : Frais réels - BR : Base de Remboursement - BRR : Base de Remboursement Reconstitué - OPTAM : Option Pratique Tarifaire Maîtrisée

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 Anesthésie-Chirurgie-Obstétrique) prévus par la Convention nationale du 25 août 2016, applicable aux médecins libéraux de ceux des médecins non adhérents. La Mutuelle ne couvre les dépassements d'honoraires qu'en cas de respect du parcours de soins coordonnés. Pour les mutualistes de moins de 6 ans : remboursement limité à l'achat d'un équipement composé d'une monture et de deux verres par période de 6 mois à compter de la date de facturation du dernier élément de l'équipement optique et uniquement en cas de mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage de l'enfant entraînant une perte d'efficacité du verre correcteur. Pour les mutualistes de 6 ans à 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.

DENTAIRE		SÉCURITÉ SOCIALE	PANIER DE SOINS INTERMINISTÉRIEL	OPTION 1	OPTION 2	OPTION 3
« 100% SANTÉ »	Soins et prothèses du panier « 100% SANTÉ »	60 % BR	Remboursement total de la dépense engagée pour un équipement et des tarifs définis par les pouvoirs publics			
	Soins conservateurs dentaires	60 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Soins et prothèses du panier maîtrisé						
	Prothèses dentaires fixes (couronnes et bridges)	60 % BR	375 % BR	375 % BR	400 % BR	450 % BR
	Prothèses dentaires amovibles	60 % BR	375 % BR	375 % BR	400 % BR	450 % BR
	Prothèses dentaires provisoires	60 % BR	375 % BR	375 % BR	400 % BR	450 % BR
	Inlay Core	60 % BR	375 % BR	375 % BR	400 % BR	450 % BR
	Inlays onlays d'obturation	60 % BR	125 % BR	250 % BR	250 % BR	350 % BR
Soins et prothèses du panier libre						
	Prothèses dentaires fixes - dent visible	60 % BR	300 % BR	300 % BR	400 % BR	450 % BR
	Prothèses dentaires fixes - dent non visible	60 % BR	250 % BR	300 % BR	400 % BR	450 % BR
	Prothèses dentaires amovibles - dent visible	60 % BR	300 % BR	300 % BR	400 % BR	450 % BR
	Prothèses dentaires amovibles - dent non visible	60 % BR	250 % BR	300 % BR	400 % BR	450 % BR
	Prothèses dentaires provisoires	60 % BR	300 % BR	300 % BR	400 % BR	450 % BR
	Inlay Core	60 % BR	200 % BR	300 % BR	400 % BR	450 % BR
	Inlays onlays d'obturation	60 % BR	150 % BR	250 % BR	250 % BR	350 % BR
Parodontologie						
	Parodontologie prise en charge par la Sécurité sociale	60 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
	Parodontologie non prise en charge par la Sécurité sociale	Non pris en charge	Néant	300 €/an	460 €/an	880 €/an
Implantologie						
	Implant dentaire	Non pris en charge	500 €, par implant (limité à 2/an)	660 €, par implant (limité à 2/an)	925 € par implant (limité à 2/an)	925 € par implant (limité à 2/an)
	Couronne sur implant - Prise en charge à hauteur de 125% BR après épuisement du forfait	60 % BR	200 € par couronne (limité à 2 tous les 2 ans)	200 € par couronne (limité à 2 tous les ans)	200 € par couronne (limité à 2 tous les ans)	200 € par couronne (limité à 2 tous les ans)
Orthodontie						
	Orthodontie remboursée par la Sécurité sociale	100 % BR - 60 % BR	250 % BR	300 % BR	300 % BR	450 % BR
	Orthodontie non remboursée par la Sécurité sociale	Non pris en charge	400 € par semestre	400 € par semestre	400 € par semestre	400 € par semestre

FR : Frais réels - BR : Base de Remboursement - BRR : Base de Remboursement Reconstitué - OPTAM : Option Pratique Tarifaire Maîtrisée

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 Anesthésie-Chirurgie-Obstétrique) prévus par la Convention nationale du 25 août 2016, applicable aux médecins libéraux de ceux des médecins non adhérents. La Mutuelle ne couvre les dépassements d'honoraires qu'en cas de respect du parcours de soins coordonnés Pour les mutualistes de moins de 6 ans : remboursement limité à l'achat d'un équipement composé d'une monture et de deux verres par période de 6 mois à compter de la date de facturation du dernier élément de l'équipement optique et uniquement en cas de mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage de l'enfant entraînant une perte d'efficacité du verre correcteur. Pour les mutualistes de 6 ans à 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.

OPTIQUE ⁽¹⁾	SÉCURITÉ SOCIALE	PANIER DE SOINS INTERMINISTÉRIEL	OPTION 1	OPTION 2	OPTION 3
« 100 % SANTÉ » Équipements du panier « 100 % SANTÉ »	60 % BR	Remboursement total de la dépense engagée pour un équipement et des tarifs définis par les pouvoirs publics			
Équipements à tarif libre					
Monture	60 % BR	50 €	100 €	100 €	100 €
Verre unifocal sphérique					
Sphère de - 6 à + 6	60 % BR	60 € par verre	100 € par verre	160 € par verre	160 € par verre
Sphère < 6 ou Sphère > 6	60 % BR	110 € par verre	175 € par verre	225 € par verre	225 € par verre
Verre unifocal sphéro-cylindrique					
Cylindre ≤ + 4, sphère de - 6 à 0	60 % BR	60 € par verre	100 € par verre	160 € par verre	160 € par verre
Sphère > 0 et (sphère + cylindre) ≤ + 6	60 % BR	60 € par verre	100 € par verre	160 € par verre	160 € par verre
Sphère > 0 et (sphère + cylindre) > + 6	60 % BR	110 € par verre	175 € par verre	225 € par verre	225 € par verre
Cylindre ≥ + 0,25, sphère < - 6	60 % BR	110 € par verre	175 € par verre	225 € par verre	225 € par verre
Cylindre > + 4, sphère de - 6 à 0	60 % BR	110 € par verre	175 € par verre	225 € par verre	225 € par verre
Verre multifocal ou progressif sphérique					
Sphère de - 4 à + 4	60 % BR	150 € par verre	175 € par verre	225 € par verre	225 € par verre
Sphère < - 4 ou > + 4	60 % BR	200 € par verre	225 € par verre	275 € par verre	275 € par verre
Verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique					
Cylindre ≤ + 4, sphère de - 8 à 0	60 % BR	150 € par verre	175 € par verre	225 € par verre	225 € par verre
Sphère > 0 et (sphère + cylindre) ≤ + 8	60 % BR	150 € par verre	175 € par verre	225 € par verre	225 € par verre
Cylindre > + 4, sphère de - 8 à 0	60 % BR	200 € par verre	225 € par verre	275 € par verre	275 € par verre
Sphère > 0 et (sphère + cylindre) > + 8	60 % BR	200 € par verre	225 € par verre	275 € par verre	275 € par verre
Cylindre ≥ + 0,25, sphère < - 8	60 % BR	200 € par verre	225 € par verre	275 € par verre	275 € par verre
Autres prescriptions optique					
Autres prescriptions optique	60 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Lentilles					
Lentilles prises en charge par la Sécurité sociale Versement du ticket modérateur après épuisement du forfait	60 % BR	100 €/an	250 €/an	100 % BR + 250 €/an	100 % BR + 300 €/an
Lentilles non prises en charge par la Sécurité sociale	Non pris en charge		250 €/an	250 €/an	300 €/an
Chirurgie réfractive					
Chirurgie Réfractive dont kératotomie	Non pris en charge	400 € par œil et/an	600 € par œil/an	925 € par œil/an	925 € par œil/an

FR : Frais réels - BR : Base de Remboursement - BRR : Base de Remboursement Reconstitué - OPTAM : Option Pratique Tarifaire Maîtrisée

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 Anesthésie-Chirurgie-Obstétrique) prévus par la Convention nationale du 25 août 2016, applicable aux médecins libéraux de ceux des médecins non adhérents. La Mutuelle ne couvre les dépassements d'honoraires qu'en cas de respect du parcours de soins coordonnés. Pour les mutualistes de moins de 6 ans : remboursement limité à l'achat d'un équipement composé d'une monture et de deux verres par période de 6 mois à compter de la date de facturation du dernier élément de l'équipement optique et uniquement en cas de mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage de l'enfant entraînant une perte d'efficacité du verre correcteur. Pour les mutualistes de 6 ans à 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.

(1) 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, cette période est réduite à un an en cas de renouvellement de l'équipement justifié par une évolution de la vue. De plus, il est prévu d'autres cas dérogatoires aux périodes sus mentionnées pour l'achat de verres uniquement lorsque l'évolution de la vue est liée à des situations médicales particulières. 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. Afin de respecter la réglementation, l'adhérent accepte de transmettre la prescription médicale correspondant à sa demande de remboursement de lunettes. Le remboursement total pour un équipement composé d'une monture et de deux verres, est garanti au minimum à hauteur des plafonds fixés par le décret du 11 janvier 2019 relatif au contenu des contrats d'assurance maladie complémentaire bénéficiant d'aides fiscales et sociales, dans la limite des frais réels engagés.

AIDES AUDITIVES ⁽²⁾		SÉCURITÉ SOCIALE ⁽¹⁾	PANIER DE SOINS INTERMINISTÉRIEL	OPTION 1	OPTION 2	OPTION 3
« 100 % SANTÉ »	Équipements du panier « 100 % santé »					
	Mutualiste de moins de 20 ans ou mutualiste atteint de cécité	60 % BR	Remboursement total de la dépense engagée pour un équipement et des tarifs définis par les pouvoirs publics			
	Mutualiste de 20 ans et plus					
Équipements à tarif libre						
Mutualiste de moins de 20 ans ou mutualiste atteint de cécité	60 % BR	1 400 € par prothèse	1 400 € par prothèse	1 400 € par prothèse	1 600 € par prothèse	
Mutualiste de 20 ans et plus	60 % BR	800 € par prothèse	1 200 € par prothèse	1 400 € par prothèse	1 600 € par prothèse	
Piles, accessoires et réparation	60 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR	

CURES THERMALES REMBOURSÉES PAR LA SÉCURITÉ SOCIALE	SÉCURITÉ SOCIALE	PANIER DE SOINS INTERMINISTÉRIEL	OPTION 1	OPTION 2	OPTION 3
Honoraires et frais de transport	70 % BR - 55 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Forfait	Non pris en charge	-	-	300 €/an	300 €/an

PRESTATIONS ANNEXES	SÉCURITÉ SOCIALE	PANIER DE SOINS INTERMINISTÉRIEL	OPTION 1	OPTION 2	OPTION 3
Contraception, test de grossesse	Non pris en charge	80 €/an	100 €/an	100 €/an	150 €/an
Vaccins, consultation diététique, bilan parodontal, ostéodensitométrie osseuse, sevrage tabagique - forfait par bénéficiaire	Non pris en charge	80 €/an	80 €/an	80 €/an	80 €/an
Médecine douce (Ostéopathe, chiropracteur, homéopathe, étio-pathe, pédicure-podologue, acupuncteur, psychomotricien, sophrologue) - forfait par bénéficiaire	Non pris en charge	40 € par séance max. 2 séances/an	40 € par séance max. 6 séances/an	50 € par séance max. 6 séances/an	50 € par séance max. 6 séances/an
Amniocentèse, Dépistage Prénatal Non Invasif	100 % BR	183 € par acte	183 € par acte	183 € par acte	183 € par acte
Aide à la reprise d'un sport pour les personnes souffrant d'un ALD reconnue de moins de 3 ans	Non pris en charge	Néant	50 €/an (pendant au maxi. 3 ans)	50 €/an (pendant au maxi. 3 ans)	50 €/an (pendant au maxi. 3 ans)
Tout acte de prévention de l'arrêté du 8 juin 2006	70 % BR - 60 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR

FR : Frais réels - BR : Base de Remboursement - BRR : Base de Remboursement Reconstitué - OPTAM : Option Pratique Tarifaire Maîtrisée

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 Anesthésie-Chirurgie-Obstétrique) prévus par la Convention nationale du 25 août 2016, applicable aux médecins libéraux de ceux des médecins non adhérents. La Mutuelle ne couvre les dépassements d'honoraires qu'en cas de respect du parcours de soins coordonnés. Pour les mutualistes de moins de 6 ans : remboursement limité à l'achat d'un équipement composé d'une monture et de deux verres par période de 6 mois à compter de la date de facturation du dernier élément de l'équipement optique et uniquement en cas de mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage de l'enfant entraînant une perte d'efficacité du verre correcteur. Pour les mutualistes de 6 ans à 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.

(2) 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.



→ 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 Anesthésie-Chirurgie-Obstétrique (OPTAM-ACO)

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 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 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.