

Efficienne Santé MGEN

Garanties Santé Régime Général

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 règlements mutualistes.



| SOINS COURANTS ⁽¹⁾⁽²⁾ | SÉCURITÉ SOCIALE | ESSENTIELLE | DÉCOUVERTE | ÉVOLUTION | EXTENSION | OPTIMALE |
|---|--------------------|-------------|------------|---|---|---|
| Honoraires médicaux | | | | | | |
| Consultations/Visites de médecins généralistes | 70 % | 100 % | 100 % | 100 % | 100 % | 100 % |
| Consultations/Visites de médecins spécialistes | | | | OPTAM/ OPTAM-ACO ⁽³⁾ 135 % | OPTAM/ OPTAM-ACO ⁽³⁾ 150 % | OPTAM/ OPTAM-ACO ⁽³⁾ 170 % |
| | | | | Non OPTAM/ Non OPTAM-ACO ⁽³⁾ 115 % | Non OPTAM/ Non OPTAM-ACO ⁽³⁾ 130 % | Non OPTAM/ Non OPTAM-ACO ⁽³⁾ 150 % |
| Actes techniques (hors imagerie médicale, radiologie, échographie...) | | | | 100 % | OPTAM/ OPTAM-ACO ⁽³⁾ 150 % | OPTAM/ OPTAM-ACO ⁽³⁾ 170 % |
| Imagerie médicale, radiologie, échographie... | | | | | 100 % | 100 % |
| Honoraires paramédicaux | | | | | | |
| Honoraires des auxiliaires médicaux | | | | | | |
| Infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, pédicures, podologues, orthophonistes, orthoptistes | 60 % | 100 % | 100 % | 100 % | 100 % | 100 % |
| Analyses et examens de laboratoire | | | | | | |
| Analyses - Actes de laboratoire | 60 % | 100 % | 100 % | 100 % | 100 % | 100 % |
| Médicaments | | | | | | |
| Médicaments et sevrage tabagique remboursés par la Sécurité sociale à 65 % | 65 % | 100 % | 100 % | 100 % | 100 % | 100 % |
| Médicaments remboursés par la Sécurité sociale à 30 % | 30 % | 30 % | 100 % | 100 % | 100 % | 100 % |
| Médicaments remboursés par la Sécurité sociale à 15 % | 15 % | 15 % | 15 % | 15 % | 15 % | 100 % |
| Médicaments prescrits non remboursés par la Sécurité sociale | Non pris en charge | - | - | - | 20 €/année civile | 40 €/année civile |

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 au dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM : Option de Pratique Tarifaire Maîtrisée/ACO : Anesthésie-Chirurgie-Obstétrique) prévu par la Convention nationale du 25 août 2016, applicable aux médecins libéraux, de ceux des médecins non adhérents.

| SOINS COURANTS ⁽¹⁾⁽²⁾ | | SÉCURITÉ SOCIALE | ESSENTIELLE | DÉCOUVERTE | ÉVOLUTION | EXTENSION | OPTIMALE |
|--|---|------------------|---|------------|-----------|-----------|----------|
| Matériel médical | | | | | | | |
| Accessoires et pansements, petit appareillage et orthopédie | | 60 % | 100 % | 100 % | 100 % | 100 % | 150 % |
| Véhicules pour personnes en situation de handicap ⁽⁴⁾ | | | | | | | |
| « 100 % SANTÉ » | Location fauteuils roulants courte durée | 60 % | Remboursement total de la dépense engagée pour un équipement et des tarifs définis par les pouvoirs publics | | | | |
| | Location fauteuils roulants longue durée | 100 % | | | | | |
| Achat d'un véhicule à l'issue de la période de location de courte durée | | 100 % | 100 % | 100 % | 100 % | 100 % | 150 % |
| Prothèses capillaires ⁽⁴⁾ | | | | | | | |
| « 100 % SANTÉ » | Prothèses capillaires de classe I et II | 60 % | 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 % | | | | | |
| Accessoires capillaires | | 60 % | 100 % | 100 % | 150 % | 150 % | 200 % |
| 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 de 11 séances par année civile) | | 60 % | 100 % | 100 % | 100 % | 100 % | 100 % |

| + MGEN | SOINS COMPLÉMENTAIRES ⁽¹⁾⁽²⁾ | SÉCURITÉ SOCIALE | ESSENTIELLE | DÉCOUVERTE | ÉVOLUTION | EXTENSION | OPTIMALE |
|--------|---|-------------------------|--------------------|-------------------|-------------------|---|---|
| | | Ostéopathie/chiropraxie | Non pris en charge | - | - | 15 €/séance (2 séances par année civile) | 20 €/séance (4 séances par année civile) |
| | PRÉVENTION ⁽¹⁾⁽²⁾ | SÉCURITÉ SOCIALE | ESSENTIELLE | DÉCOUVERTE | ÉVOLUTION | EXTENSION | OPTIMALE |
| | Contraception non remboursée (féminine et masculine) | Non pris en charge | - | 20 €/année civile | 40 €/année civile | 60 €/année civile | 60 €/année civile |
| | Vaccins et médicaments prescrits non remboursés par la Sécurité sociale | Non pris en charge | - | - | 20 €/année civile | 30 €/année civile | 50 €/année civile |
| | FORFAIT PRÉVENTION ÉQUILIBRE ⁽¹⁾⁽²⁾ | SÉCURITÉ SOCIALE | ESSENTIELLE | DÉCOUVERTE | ÉVOLUTION | EXTENSION | OPTIMALE |
| | Psychothérapie non remboursée par la Sécurité sociale | Non pris en charge | - | - | 75 €/année civile | 150 €/année civile | 175 €/année civile |
| | Diététique | | | | | | |

(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) Tel que défini réglementairement.

| HOSPITALISATION ⁽¹⁾⁽²⁾ | SÉCURITÉ SOCIALE | ESSENTIELLE | DÉCOUVERTE | ÉVOLUTION | EXTENSION | OPTIMALE |
|--|--------------------|-------------|---|---|---|---|
| Honoraires médicaux et chirurgicaux | | | | | | |
| Honoraires médicaux | 80% | 100% | 100% | OPTAM/ OPTAM-ACO ⁽³⁾ 140% | OPTAM/ OPTAM-ACO ⁽³⁾ 150% | OPTAM/ OPTAM-ACO ⁽³⁾ 180% |
| | | | | Non OPTAM/ Non OPTAM-ACO ⁽³⁾ 120% | Non OPTAM/ Non OPTAM-ACO ⁽³⁾ 130% | Non OPTAM/ Non OPTAM-ACO ⁽³⁾ 160% |
| Forfait journalier hospitalier | | | | | | |
| Forfait journalier hospitalier | Non pris en charge | Frais réels | Frais réels | Frais réels | Frais réels | Frais réels |
| Hébergement et frais de séjour | | | | | | |
| Frais de séjour | 80% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% |
| Chambre particulière | | | | | | |
| Chambre particulière en court séjour (médecine, chirurgie, obstétrique) | Non pris en charge | - | Prestation conventionnelle ⁽⁵⁾ 50 €/jour | Prestation conventionnelle ⁽⁵⁾ 50 €/jour | Prestation conventionnelle ⁽⁵⁾ 50 €/jour | Prestation conventionnelle ⁽⁵⁾ 50 €/jour |
| | | | - | Prestation non conventionnelle 25 €/jour | Prestation non conventionnelle 31 €/jour | Prestation non conventionnelle 45 €/jour |
| Chambre particulière en maternité | Non pris en charge | - | Prestation conventionnelle ⁽⁵⁾ 50 €/jour | Prestation conventionnelle ⁽⁵⁾ 50 €/jour | Prestation conventionnelle ⁽⁵⁾ 50 €/jour | Prestation conventionnelle ⁽⁵⁾ 50 €/jour |
| | | | - | Prestation non conventionnelle 25 €/jour | Prestation non conventionnelle 31 €/jour | Prestation non conventionnelle 45 €/jour |
| 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 15 €/nuitée | Prestation non conventionnelle 25 €/nuitée | Prestation non conventionnelle 35 €/nuitée |

(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 au dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM : Option de Pratique Tarifaire Maîtrisée/ACO : Anesthésie-Chirurgie-Obstétrique) prévu par la Convention nationale du 25 août 2016, applicable aux médecins libéraux, de ceux des médecins non adhérents.

(5) Prestation conventionnelle : 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 ⁽¹⁾⁽²⁾ | | SÉCURITÉ SOCIALE | ESSENTIELLE | DÉCOUVERTE | ÉVOLUTION | EXTENSION | OPTIMALE | |
|--|--|------------------|---|---|---|---|----------|--|
| « 100 % SANTÉ » | PANIER « 100 % SANTÉ » Soins et prothèses totalement remboursés ⁽⁴⁾ | | | | | | | |
| | 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 % | 100 % | 100 % | |
| Inlay-onlay remboursé par la Sécurité sociale | | 100 € | 100 € | 120 € | 170 € | 220 € | | |
| Prothèses | | | | | | | | |
| Prothèses fixes (couronnes dento-portées et bridges) remboursées par la Sécurité sociale | | | | | | | | |
| Couronne définitive sur dent visible (incisive, canine et prémolaire) | 60 % | 100 % | 377 € | 394 € | 406 € | 414 € | | |
| Couronne définitive sur dent non visible (molaire) | | | 215 € | 245 € | 304 € | 344 € | | |
| Orthodontie | | | | | | | | |
| Traitements remboursés par la Sécurité sociale | | | | | | | | |
| Traitement actif (par semestre) | 100 % | 100 % | 387 € | 410 € | 441 € | 441 € | | |
| Implantologie | | | | | | | | |
| Prothèse remboursée par la Sécurité sociale | | | | | | | | |
| Couronne sur implant | 60 % | 107,50 € | 107,50 € | 197,25 € dans la limite de 2 couronnes sur 2 années civiles puis 107,50 € sur les suivantes | 197,25 € dans la limite de 2 couronnes sur 2 années civiles puis 107,50 € sur les suivantes | 265,25 € dans la limite de 2 couronnes sur 2 années civiles puis 107,50 € sur les suivantes | | |
| Implant | | | | | | | | |
| Non remboursé par la Sécurité sociale (greffe d'os, inlay implantaire, guide chirurgical...) | Non pris en charge | - | - | Remboursement SS + 250 €/implant (limité à 2 implants sur 2 années civiles) | Remboursement SS + 518 €/implant (limité à 2 implants sur 2 années civiles) | Remboursement SS + 600 €/implant (limité à 2 implants sur 2 années civiles) | | |
| Remboursé par la Sécurité sociale (greffe d'os, inlay implantaire, guide chirurgical...) | 100 % | 100 % | 100 % | | | | | |

(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) Tel que défini réglementairement.

| AIDES AUDITIVES ⁽¹⁾⁽²⁾⁽⁶⁾ | | SÉCURITÉ SOCIALE | ESSENTIELLE | DÉCOUVERTE | ÉVOLUTION | EXTENSION | OPTIMALE |
|--|---|------------------|---|------------|-----------|-----------|----------|
| « 100% SANTÉ » | PANIER « 100 % SANTÉ » Équipements remboursés totalement⁽⁴⁾ | | | | | | |
| | 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 » Equipements | | | | | | | |
| Mutualiste de 20 ans et plus | | 60% | 400 € | 670 € | 870 € | 920 € | 1020 € |

| ALLOCATION NOUVEL ENFANT ⁽¹⁾ | | SÉCURITÉ SOCIALE | ESSENTIELLE | DÉCOUVERTE | ÉVOLUTION | EXTENSION | OPTIMALE |
|---|--|--------------------|-------------|------------|-------------------------|-------------------------|-------------------------|
| Allocation nouvel enfant | | Non pris en charge | - | - | 160 €/enfant mutualiste | 200 €/enfant mutualiste | 200 €/enfant mutualiste |

| OPTIQUE ⁽¹⁾⁽²⁾⁽⁷⁾ | | SÉCURITÉ SOCIALE | ESSENTIELLE | DÉCOUVERTE | ÉVOLUTION | EXTENSION | OPTIMALE |
|--|--|------------------|-------------|------------|-----------|-----------|----------|
| Lunettes remboursées par la Sécurité sociale | | | | | | | |

| | | | | | | | |
|----------------|---|-----|---|--|--|--|--|
| « 100% SANTÉ » | PANIER « 100 % SANTÉ » Équipements (monture et verres) remboursés totalement⁽⁴⁾ | | | | | | |
| | 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 » Equipements (monture et verres) | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|

| Prestations dans Kalixia Optique | | | | | | | | |
|---|--|----------|-----|------|-------|-------|-------|-------|
| Verre unifocal (classe B) | Faible et moyenne correction (catégorie A) | < 16 ans | 60% | 100% | 30 € | 50 € | 60 € | 75 € |
| | | ≥ 16 ans | | | 30 € | 60 € | 70 € | 85 € |
| Verre multifocal ou progressif (classe B) | Faible et moyenne correction (catégorie C) | ≥ 16 ans | 60% | 100% | 105 € | 120 € | 140 € | 160 € |
| Monture (classe B) | | < 16 ans | 60% | 100% | 30 € | 35 € | 45 € | 60 € |
| | | ≥ 16 ans | | | 30 € | 50 € | 70 € | 90 € |

| Prestations hors Kalixia Optique | | | | | | | | |
|---|--|----------|-----|------|---------|---------|---------|-------|
| Verre unifocal (classe B) | Faible et moyenne correction (catégorie A) | < 16 ans | 60% | 100% | 22,50 € | 37,50 € | 45 € | 60 € |
| | | ≥ 16 ans | | | 22,50 € | 45 € | 52,50 € | 70 € |
| Verre multifocal ou progressif (classe B) | Faible et moyenne correction (catégorie C) | ≥ 16 ans | 60% | 100% | 90 € | 100 € | 115 € | 135 € |
| Monture (classe B) | | < 16 ans | 60% | 100% | 30 € | 35 € | 45 € | 60 € |
| | | ≥ 16 ans | | | 30 € | 50 € | 70 € | 90 € |

| Lentilles de contact correctrices | | | | | | | |
|---|--|--------------------|---|---|------|------|-------|
| Non remboursées par la Sécurité sociale (par œil et par année civile) | | Non pris en charge | - | - | 54 € | 65 € | 100 € |

(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) Tel que défini réglementairement.

(6) 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.

(7) 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 lunettes 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, cette 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.

Dépassement d'honoraires

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

Franchise médicale

Montant déduit de vos remboursements par la Sécurité sociale sur chaque boîte de médicaments, chaque acte d'auxiliaire médical et chaque transport sanitaire. Non pris en charge par la mutuelle.

Option de Pratique Tarifaire Maîtrisée (OPTAM), Option de Pratique Tarifaire Maîtrisée des Anesthésistes, des Chirurgiens et des Gynécologues-Obstétriciens (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 de 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 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.

