Ministères de l'Éducation, de la Jeunesse, des Sports, de l'Enseignement supérieur et de la Recherche **Garanties santé**

Les montants des remboursements sont exprimés en % de la Base de Remboursement de la Sécurité Sociale (BRSS) en vigueur au 1er 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 détail, voir les statuts et notices d'informations.

Les garanties du panier de soins interministériel s'entendent sous déduction de l'intervention de la Sécurité sociale (sauf mention contraire). Les garanties des options s'entendent sous déduction des garanties du panier de soins interministériel.

mgen
GROUPE VYV

HOSPITALISATION	SÉCURITÉ SOCIALE*	PANIER DE SOINS INTERMINISTÉRIEL REMBOURSEMENT	GARANTIES OPTIONNELLES	
			OPTION 1	OPTION 2
Honoraires (1)				
Praticien OPTAM/OPTAM-ACO	80 %	150 %	200 %	200 %
Praticien non OPTAM/OPTAM-ACO	80 %	130 %	175 %	175 %
Forfaits et frais de séjour				
Forfait journalier hospitalier	Non pris en charge	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Forfait actes lourds (participation forfaitaire de 24 €)	Non pris en charge	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Forfait Patient Urgences (FPU)	Non pris en charge	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Frais de séjour	80 %	100 %	100 %	100 %
Chambre particulière (sans limitation de durée)				
Court séjour et maternité	Non pris en charge	50 €/nuit	60 €/nuit	60 €/nuit
Soins de suite	Non pris en charge	40 €/nuit	50 €/nuit	50 €/nuit
Psychiatrie	Non pris en charge	45 €/nuit	55 €/nuit	55 €/nuit
Ambulatoire	Non pris en charge	25 €/jour	25 €/jour	25 €/jour
Frais d'accompagnant				
Établissement conventionné	Non pris en charge	38,50 €/nuit	38,50 €/nuit	38,50 €/nuit
Établissement non conventionné	Non pris en charge	25 €/nuit	25 €/nuit	30 €/nuit

* 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.
(1) 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 (OPTAM : Option de Pratique Tarifaire Maîtrisée/ ACO : Anesthésie-Chirurgie-Obstétrique) prévus par la Convention nationale du 25 août 2016, applicable aux médecins libéraux de ceux des médecins non adhérents.

SOINS COURANTS	SÉCURITÉ SOCIALE*	PANIER DE SOINS INTERMINISTÉRIEL REMBOURSEMENT	GARANTIES OPTIONNELLES	
			OPTION 1	OPTION 2
Honoraires médicaux[1]				
Consultations/Visites de médecins généralistes				
Praticien OPTAM	70 %	100 %	100 %	100 %
Praticien non OPTAM	70 %	100 %	100 %	100 %
Consultations/Visites de médecins spécialistes				
Praticien OPTAM/OPTAM-ACO	70 %	150 %	175 %	200 %
Praticien non OPTAM/OPTAM-ACO	70 %	130 %	150 %	175 %
Actes techniques médicaux				
Praticien OPTAM/OPTAM-ACO et actes de sages-femmes	70 %	150 %	175 %	200 %
Praticien non OPTAM/OPTAM-ACO	70 %	130 %	150 %	175 %
Actes d'imagerie médicale				
Praticien OPTAM/OPTAM-ACO	70 %	130 %	175 %	200 %
Praticien non OPTAM/OPTAM-ACO	70 %	100 %	150 %	175 %
Mammographie praticien OPTAM/OPTAM-ACO	70 %	130 %	250 %	250 %
Mammographie praticien non OPTAM/OPTAM-ACO	70 %	100 %	200 %	200 %
Honoraires paramédicaux				
Infirmiers, pédicures, podologues, orthophonistes, orthoptistes	60 %	100 %	150 %	150 %
Masseurs-kinésithérapeutes	60 %	130 %	150 %	150 %
Analyses et examens de laboratoire				
Analyses et examens de laboratoire	60 %	100 %	100 %	100 %
Médicaments				
Médicaments remboursés par la Sécurité sociale à 65 %	65 %	100 %	100 %	100 %
Médicaments remboursés par la Sécurité sociale à 30 %	30 %	100 %	100 %	100 %
Médicaments remboursés par la Sécurité sociale à 15 %	15 %	100 %	100%	100 %
Pharmacie prescrite non remboursée par la Sécurité sociale (homéopathie, contraceptifs, tests de grossesse)	Non pris en charge	70 €/an	150 €/an	150 €/an
Matériel médical				
Appareillage et prothèses médicales (hors aides auditives et optiques) : semelles orthopédiques et autres prothèses remboursées par la Sécurité sociale	60 %	200 %	200 %	250 %
Frais de transport en véhicule sanitaire				
Ambulance, taxi conventionné (hors SMUR)	55 %	100 %	100 %	100 %

* 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.
(1) 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 (OPTAM : Option de Pratique Tarifaire Maîtrisée/ ACO : Anesthésie-Chirurgie-Obstétrique) prévus par la Convention nationale du 25 août 2016, applicable aux médecins libéraux de ceux des médecins non adhérents.

DENTAIRE	SÉCURITÉ SOCIALE*	PANIER DE SOINS INTERMINISTÉRIEL REMBOURSEMENT	GARANTIES OPTIONNELLES	
			OPTION 1	OPTION 2
100 % SANTÉ **PANIER « 100 % SANTÉ »** **Soins et prothèses totalement remboursés[2]**				
Soins et prothèses « 100 % Santé »	60 %	Remboursement total de la dépense engagée		
HORS PANIER « 100 % SANTÉ » Soins et prothèses				
Soins				
Consultations, soins courants, radiologie, chirurgie, parodontologie remboursés par la Sécurité sociale	60 %	100 %	100 %	100 %
Prothèses				
Panier maîtrisé				
Prothèses fixes (couronnes et bridges)	60 %	375 %	375 %	400 %
Prothèses amovibles	60 %	375 %	375 %	400 %
Prothèses provisoires	60 %	375 %	375 %	400 %
Inlay Core	60 %	375 %	375 %	400 %
Inlays onlays d'obturation	60 %	150 %	150 %	400 %
Panier libre				
Prothèses fixes (couronnes et bridges) sur dent visible	60 %	300 %	300 %	350 %
Prothèses fixes (couronnes et bridges) sur dent non visible	60 %	250 %	250 %	350 %
Prothèses amovibles sur dent visible	60 %	300 %	300 %	350 %
Prothèses amovibles sur dent non visible	60 %	250 %	250 %	350 %
Prothèses provisoires	60 %	300 %	300 %	350 %
Inlay Core	60 %	200 %	200 %	350 %
Inlays onlays d'obturation	60 %	150 %	150 %	400 %
Implantologie				
Couronne sur implant Remboursement à hauteur de 125% BR après épuisement du forfait	60 %	200 €/couronne (limite 2 couronnes/2 ans)	200 €/couronne (limite 2 couronnes/2 ans)	200 €/couronne (limite 2 couronnes/2 ans)
Implants dentaires	Non pris en charge	500 €/implant (limite 2 implants/an)	500 €/implant (limite 2 implants/an)	650 €/implant (limite 2 implants/an)
Orthodontie				
Orthodontie (remboursée par la Sécurité sociale)	100 % - 60 %	250 %	250 %	300 %
Orthodontie (non remboursée par la Sécurité sociale)	Non pris en charge	400 €/semestre	400 €/semestre	500 €/semestre

AIDES AUDITIVES	SÉCURITÉ SOCIALE*	PANIER DE SOINS INTERMINISTÉRIEL REMBOURSEMENT	GARANTIES OPTIONNELLES	
			OPTION 1	OPTION 2
100 % SANTÉ **PANIER « 100 % SANTÉ »** **Équipements remboursés totalement[2][3]**				
Équipements « 100 % Santé »	60 %	Remboursement total de la dépense engagée		
HORS PANIER « 100 % SANTÉ »[3] Équipements				
Bénéficiaire de moins de 20 ans ou bénéficiaire atteint de cécité	60 %	1400 €/prothèse	1400 €/prothèse	1400 €/prothèse
Bénéficiaire de 20 ans et plus	60 %	800 €/prothèse	800 €/prothèse	1000 €/prothèse

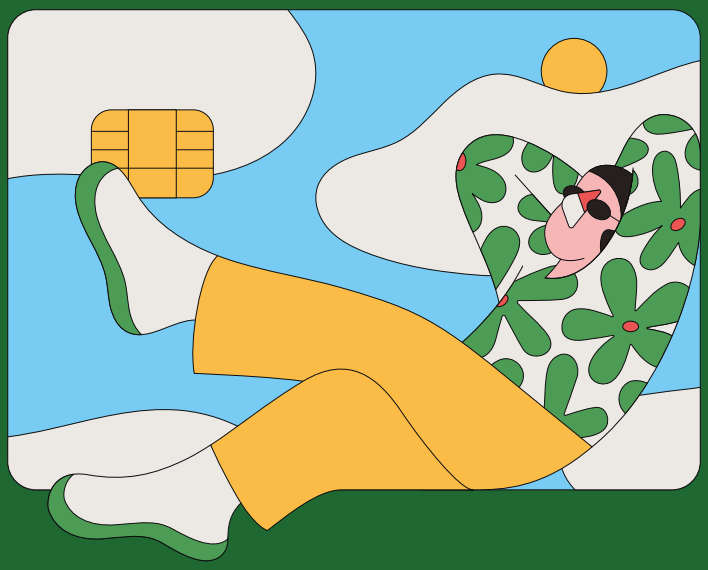
* Taux de prise en charge de la Sécurité sociale donnés à titre indicatif. Le montant du remboursement de la mutuelle peut être modulé en fonction du niveau de remboursement de la Sécurité sociale.
(2) Tels que définis règlementairement par le Code de la Sécurité sociale.
(3) Le remboursement est limité 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 bénéficiaire.

OPTIQUE	SÉCURITÉ SOCIALE*	PANIER DE SOINS INTERMINISTÉRIEL REMBOURSEMENT	GARANTIES OPTIONNELLES	
			OPTION 1	OPTION 2
100 % SANTÉ — **PANIER « 100 % SANTÉ » Équipements (monture et verres) remboursés totalement[2][4]**				
Équipements « 100 % Santé »	60 %	Remboursement total de la dépense engagée		
HORS PANIER « 100 % SANTÉ »[2] Équipements (monture et verres)				
Équipements à tarif libre[4]				
Monture	60 %	50 €	50 €	50 €
Verres	60 %	Cf. grille optique	Cf. grille optique	Cf. grille optique
Autres prestations optiques				
Lentilles prescrites prises ou non prises en charge, y compris lentilles jetables[5]	60 % - Non pris en charge	100 €/an	100 €/an	150 €/an
Chirurgie réfractive dont kératotomie (par œil)	Non pris en charge	400 €/an	400 €/an	400 €/an
Grille optique (remboursement par verre)				
Verre unifocal, sphérique				
Sphère de - 6 à + 6	60 %	60 €/verre	60 €/verre	80 €/verre
Sphère < 6 ou sphère > 6	60 %	110 €/verre	110 €/verre	130 €/verre
Verre unifocal, sphéro-cylindrique				
Cylindre ≤ + 4, sphère de - 6 à 0	60 %	60 €/verre	60 €/verre	80 €/verre
Sphère > 0 et (sphère + cylindre) ≤ + 6	60 %	60 €/verre	60 €/verre	80 €/verre
Sphère > 0 et (sphère + cylindre) > + 6	60 %	110 €/verre	110 €/verre	130 €/verre
Cylindre ≥ + 0,25, sphère < - 6	60 %	110 €/verre	110 €/verre	130 €/verre
Cylindre > + 4, sphère de - 6 à 0	60 %	110 €/verre	110 €/verre	130 €/verre
Verre multifocal ou progressif sphérique				
Sphère de - 4 à + 4	60 %	150 €/verre	150 €/verre	190 €/verre
Sphère < - 4 ou > + 4	60 %	200 €/verre	200 €/verre	240 €/verre
Verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique				
Cylindre ≤ + 4, sphère de - 8 à 0	60 %	150 €/verre	150 €/verre	190 €/verre
Sphère > 0 et (sphère + cylindre) ≤ + 8	60 %	150 €/verre	150 €/verre	190 €/verre
Cylindre > + 4, sphère de - 8 à 0	60 %	200 €/verre	200 €/verre	240 €/verre
Sphère > 0 et (sphère + cylindre) > + 8	60 %	200 €/verre	200 €/verre	240 €/verre
Cylindre ≥ + 0,25, sphère < - 8	60 %	200 €/verre	200 €/verre	240 €/verre

* 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) Tels que définis règlementairement par le Code de la Sécurité sociale.
(4) Pour les bénéficiaires 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 bénéficiaires 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.
Pour les bénéficiaires 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 règlementation, 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 planchers 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.
(5) Le montant forfaitaire inclut le ticket modérateur. Au-delà du forfait en euros, le remboursement s'effectue à hauteur du ticket modérateur.

AUTRES POSTES	SÉCURITÉ SOCIALE*	PANIER DE SOINS INTERMINISTÉRIEL REMBOURSEMENT	GARANTIES OPTIONNELLES	
			OPTION 1	OPTION 2
Cures thermales acceptées par la Sécurité sociale				
Honoraires, traitements, frais d'hébergement et transport	70 % - 55 %	100 %	100 %	100 %
Médecines additionnelles et de prévention				
Soins complémentaires				
Ostéopathe, chiropracteur, homéopathe, étiopathe, pédicure-podologue, acupuncteur, psychomotricien, sophrologue	Non pris en charge	2 séances/an (limite 40 €/séance)	4 séances/an (limite 40 €/séance)	4 séances/an (limite 40 €/séance)
Psychologue	Non pris en charge	4 séances/an (limite 30 €/séance)	8 séances/an (limite 40 €/séance)	10 séances/an (limite 40 €/séance)
Dispositif Mon soutien psy	60 %	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Actes refusés par la Sécurité sociale				
Vaccins, consultation diététique, bilan parodontal, ostéodensitométrie osseuse, sevrage tabagique	Non pris en charge	80 €/an	80 €/an	80 €/an
Contraception, tests de grossesse	Non pris en charge	80 €/an	80 €/an	80 €/an
Prévention				
Amniocentèse, Dépistage Prénatal Non Invasif	100 %	183 €/acte	183 €/acte	183 €/acte
Tout acte de prévention remboursé par la Sécurité sociale	70 % - 60 %	100 %	100 %	100 %

* 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.



→ 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 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.

MGEN, immatriculée sous le numéro SIREN 775 685 399, mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du Code de la mutualité. Sise 3, square Max Hymans - 75748 PARIS CEDEX 15.
Document publicitaire n'ayant pas de valeur contractuelle. Le détail des garanties et conditions figure sur les statuts et notices d'informations remis lors de l'affiliation.

www.antigel.agency - 03803 - Septembre 2025 - © Camilo Huinca, illustration - Réf : MGEN_TABLEAU_GARANTIES_MEN_0925