VOS GARANTIES SANTÉ
OJI ÉQUILIBRE

Les montants des remboursements sont exprimés en % de la Base de Remboursement de la Sécurité sociale (BRSS) en vigueur au 1er janvier 2022 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[1]	OJI ÉQUILIBRE[1]	SÉCURITÉ SOCIALE + MGEN[1]
Honoraires médicaux			
Consultations/Visites de médecins généralistes	70%	30%	100%
Consultations/Visites de médecins spécialistes	70%	**OPTAM/ OPTAM-CO[2] :** 100%	**OPTAM/ OPTAM-CO[2] :** 170%
		Non OPTAM/ Non OPTAM-CO[2] : 80%	**Non OPTAM/ Non OPTAM-CO[2] :** 150%
Actes techniques dont radiologie	70%	**OPTAM/ OPTAM-CO[2] :** 100%	**OPTAM/ OPTAM-CO[2] :** 170%
		Non OPTAM/ Non OPTAM-CO[2] : 80%	**Non OPTAM/ Non OPTAM-CO[2] :** 150%
Honoraires paramédicaux			
Honoraires des auxiliaires médicaux			
Infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, pédicures, podologues, orthophonistes, orthoptistes	60%	65%	125%
Analyses et examens de laboratoire			
Analyses - Actes de laboratoire	60%	65%	125%
Médicaments			
Médicaments et sevrage tabagique remboursés par la Sécurité sociale à 65%	65%	35%	100%
Médicaments remboursés par la Sécurité sociale à 30%	30%	70%	100%
Médicaments remboursés par la Sécurité sociale à 15%	15%	25 €/année civile	Remboursement Sécurité sociale + 25 €/année civile
Médicaments prescrits non remboursés 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 Sécurité sociale.

(2) 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 Chirurgiens et Gynécologues-Obstétriciens) prévus par la Convention nationale du 25 août 2016, applicable aux médecins libéraux, de ceux des médecins non adhérents.

mgen

GROUPE VYV

+ MGEN	FORFAIT SE SOIGNER AUTREMENT	SÉCURITÉ SOCIALE[1]	OJI ÉQUILIBRE[1]	
	Ostéopathie	Non pris en charge	120 €/année civile avec un maximum de 40 € par séance	
	Acupuncture	70 %/Non pris en charge		
	Homéopathie non remboursée par la Sécurité sociale[3]	Non pris en charge		
	Consultations diététicien			
	Chiropraxie			
	Psychomotricité (NRSS)			
	Ergothérapie (NRSS)			
	Psychothérapie (20 séances maximum par année civile)		15 € par séance	
	PRÉVENTION	**SÉCURITÉ SOCIALE[1]**	**OJI ÉQUILIBRE[1]**	**SÉCURITÉ SOCIALE + MGEN[1]**
	Contraception non remboursée (féminine et masculine)/Tests de grossesse	Non pris en charge	125 €/année civile	
	Vaccins prescrits non remboursés par la Sécurité sociale			
	Bilan de psychomotricité			
	Dépistage Prénatal Non Invasif (DPNI)/Amniocentèse	60 %	183 €/acte	Remboursement Sécurité sociale pour le DPNI + 183 €/acte
	FORFAIT COMPLÉMENTAIRE SPÉCIFIQUE DE PRÉVENTION OU BONUS PRÉVENTION	**SÉCURITÉ SOCIALE[1]**	**OJI ÉQUILIBRE[1]**	**SÉCURITÉ SOCIALE + MGEN[1]**
	Protections auditives jetables	Non pris en charge	50 €/année civile	
	Prévention des risques routiers (éthylotests et gilets réfléchissants conformes à la réglementation norme CE)			
	Automédication			
	Abonnements annuels aux clubs de sports et licences sportives			

HOSPITALISATION	SÉCURITÉ SOCIALE[1]	OJI ÉQUILIBRE[1]	SÉCURITÉ SOCIALE + MGEN[1]
Honoraires médicaux et chirurgicaux			
Honoraires médicaux et chirurgicaux	80 %	**OPTAM/ OPTAM-CO[2] :** 90 %	**OPTAM/ OPTAM-CO[2] :** 170 %
		Non OPTAM/ Non OPTAM-CO[2] : 70 %	**Non OPTAM/ Non OPTAM-CO[2] :** 150 %
Forfait journalier hospitalier			
Forfait journalier hospitalier	Non pris en charge	Frais réels	
Hébergement et frais de séjour			
Frais de séjour	80 %	20 %	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) 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 Chirurgiens et Gynécologues-Obstétriciens) prévus par la Convention nationale du 25 août 2016, applicable aux médecins libéraux, de ceux des médecins non adhérents.
(3) La limite de 40 € par séance ne s'applique pas à l'homéopathie.

	DENTAIRE	SÉCURITÉ SOCIALE[1]	OJI ÉQUILIBRE[1]	SÉCURITÉ SOCIALE + MGEN[1]
100 % SANTÉ	**PANIER « 100 % SANTÉ »** **Soins et prothèses totalement remboursés[4]**			
	Couronne définitive (sur dent visible ou non visible)	70 %	**Remboursement total de la dépense engagée.** Pour un traitement et des tarifs 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	70 %	30 %	100 %
	Inlay-onlay remboursé par la Sécurité sociale	70 %	100 € sous déduction du remboursement réalisé par la Sécurité sociale	100 €
	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	70 %	300 € sous déduction du remboursement réalisé par la Sécurité sociale	300 €
	Couronne définitive sur dent non visible (molaire) - couronne céramo-métallique - couronne céramo-céramique	70 %	120 € sous déduction du remboursement réalisé par la Sécurité sociale	120 €

(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.
(4) Tel que défini réglementairement.

	AIDES AUDITIVES	SÉCURITÉ SOCIALE[1]	OJI ÉQUILIBRE[1]	SÉCURITÉ SOCIALE + MGEN[1]
100% SANTÉ	**PANIER « 100% SANTÉ »** **Équipements remboursés totalement[7]**			
	Mutualiste de 20 ans et moins 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 plus de 20 ans			

	OPTIQUE[6]	SÉCURITÉ SOCIALE[1]	OJI ÉQUILIBRE[1]	SÉCURITÉ SOCIALE + MGEN[1][5]
	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 » Équipements (monture et verres)			
	Prestations dans Kalixia Optique			
	Verre unifocal (classe B)	60%	29,97 €	30 €
	Monture (classe B)			
	Prestations hors Kalixia Optique			
	Verre unifocal (classe B)	60%	24,97 €	25 €
	Monture (classe B)		29,97 €	30 €
	Lentilles de contact correctrices			
	Remboursées par la Sécurité sociale (par année civile)	60%	Forfait 100 €	Remboursement Sécurité sociale + forfait 100 €
	Non remboursées par la Sécurité sociale (par année civile)	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 Sécurité sociale.
(4) Tel que défini réglementairement.
(5) Les prestations indiquées incluent la part de la Sécurité sociale. Les % sont appliqués sur la base de remboursement de la Sécurité sociale (BRSS). Celle-ci est disponible sur ameli.fr
(6) 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.
(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.

LES MOTS DE LA SANTÉ DÉCRYPTÉS

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 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 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, Mutuelle Générale de l'Éducation Nationale, mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du Code de la mutualité, immatriculée sous le numéro SIREN 775 685 399 – Siège social : 3, square Max Hymans 75748 PARIS CEDEX 15.
MAIF - société d'assurance mutuelle à cotisations variables - CS 90000 - 79038 NIORT CEDEX 9. Entreprise régie par le Code des assurances.
Document publicitaire n'ayant pas de valeur contractuelle. Les conditions de garanties figurent aux Statuts et Règlements mutualistes de l'offre Efficience Santé.

www.antigel.agency - 02429 - Janvier 2022 - Réf : OJI_TABLEAU_GARANTIES_ÉQUILIBRE_0122