



GR O U P E **vyv**

VOS GARANTIES SANTÉ OJI ESSENTIELLE

Les montants des remboursements sont exprimés en % de la Base de Remboursement de la Sécurité sociale (BRSS) en vigueur au 1^{er} 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 ESSENTIELLE ⁽¹⁾	SÉCURITÉ SOCIALE + MGEN ⁽¹⁾
Honoraires médicaux			
Consultations/Visites de médecins généralistes	70%	30%	100%
Consultations/Visites de médecins spécialistes			
Actes techniques dont radiologie			
Honoraires paramédicaux			
Honoraires des auxiliaires médicaux			
Infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, pédicures, podologues, orthophonistes, orthoptistes	60%	40%	100%
Analyses et examens de laboratoire			
Analyses - Actes de laboratoire	60%	40%	100%
Médicaments			
Médicaments et sevrage tabagique remboursés par la Sécurité sociale à 65%	65%	35%	100%
Médicaments remboursés par la Sécurité sociale à 30%	30%	Non pris en charge	30%

HOSPITALISATION	SÉCURITÉ SOCIALE ⁽¹⁾	OJI ESSENTIELLE ⁽¹⁾	SÉCURITÉ SOCIALE + MGEN ⁽¹⁾
Honoraires médicaux et chirurgicaux			
Honoraires médicaux et chirurgicaux	80%	20%	100%
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.

DENTAIRE		SÉCURITÉ SOCIALE ⁽¹⁾	OJI ESSENTIELLE ⁽¹⁾	SÉCURITÉ SOCIALE + MGEN ⁽¹⁾
100% SANTÉ	PANIER « 100% SANTÉ » Soins et prothèses totalement remboursés⁽²⁾			
	Couronne définitive (sur dent visible ou non visible)	70%	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	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%	120€ sous déduction du remboursement réalisé par la Sécurité sociale	120€	
Couronne définitive sur dent non visible (molaire) - couronne céramo-métallique - couronne céramo-céramique				

(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) Tel que défini réglementairement.

AIDES AUDITIVES ⁽⁴⁾		SÉCURITÉ SOCIALE ⁽¹⁾	OJI ESSENTIELLE ⁽¹⁾	SÉCURITÉ SOCIALE + MGEN ⁽¹⁾
100% SANTÉ	PANIER « 100% SANTÉ » Équipements remboursés totalement⁽²⁾			
	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 ⁽³⁾		SÉCURITÉ SOCIALE ⁽¹⁾	OJI ESSENTIELLE ⁽¹⁾	SÉCURITÉ SOCIALE + MGEN ⁽¹⁾
Lunettes remboursées par la Sécurité sociale				
100% SANTÉ	PANIER « 100% SANTÉ » Équipements (monture et verres) remboursés totalement⁽²⁾			
	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'appariage et supplément pour verres teintés			

(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) Tel que défini réglementairement.

(3) 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.

(4) 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 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 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.

