

# Offre Jeunes ÔJI Garanties Santé

Les montants des remboursements sont exprimés en % de la Base de Remboursement de la Sécurité sociale (BRSS) en vigueur au 1<sup>er</sup> janvier 2024 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.



GRUPE **vyv**

SOINS COURANTS <sup>(1)(2)</sup>	SÉCURITÉ SOCIALE	ÔJI ESSENTIELLE <sup>(1)(2)</sup>	ÔJI INITIALE <sup>(1)(2)</sup>	ÔJI ÉQUILIBRE <sup>(1)(2)</sup>	ÔJI RÉFÉRENCE <sup>(1)(2)</sup>	ÔJI INTÉGRALE <sup>(1)(2)</sup>
<b>Honoraires médicaux</b>						
Honoraires médicaux						
Consultations/Visites de médecins généralistes				100 %		OPTAM <sup>(3)</sup> 170 % Non OPTAM <sup>(3)</sup> 150 %
Consultations/Visites de médecins spécialistes	70 %	100 %	100 %	OPTAM/ OPTAM-CO <sup>(3)</sup> : 170 % Non OPTAM/ Non OPTAM- CO <sup>(3)</sup> : 150 %	100 %	OPTAM/ OPTAM-CO <sup>(3)</sup> : 200 % Non OPTAM/ Non OPTAM- CO <sup>(3)</sup> : 175 %
Actes techniques dont radiologie				OPTAM/ OPTAM-CO <sup>(3)</sup> : 170 % Non OPTAM/ Non OPTAM- CO <sup>(3)</sup> : 150 %		OPTAM/ OPTAM-CO <sup>(3)</sup> : 200 % Non OPTAM/ Non OPTAM- CO <sup>(3)</sup> : 175 %
<b>Honoraires paramédicaux</b>						
<b>Honoraires des auxiliaires médicaux</b>						
Infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, pédicures, podologues, orthophonistes, orthoptistes	60 %	100 %	100 %	125 %	100 %	125 %
<b>Analyses et examens de laboratoire</b>						
Analyses - Actes de laboratoire	60 %	100 %	100 %	125 %	100 %	125 %
<b>Médicaments</b>						
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 %				
Médicaments remboursés par la Sécurité sociale à 15 %	15 %	15 %	15 %	Remboursement Sécurité sociale + 25 €/année civile	15 %	Remboursement Sécurité sociale + 50 €/année civile
Médicaments prescrits non remboursés par la Sécurité sociale	Non pris en charge	-	-		-	

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 aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée (Option de Pratique Tarifaire Maîtrisée, Option de Pratique Tarifaire Maîtrisée des Chirurgiens et Gynécologues-Obstétricien) prévus par la Convention nationale du 25 août 2016, applicable aux médecins libéraux de ceux des médecins non adhérents.

+ MGEN	FORFAIT SE SOIGNER AUTREMENT	SÉCURITÉ SOCIALE <sup>(1)(2)</sup>	ÔJI ESSENTIELLE <sup>(1)(2)</sup>	ÔJI INITIALE <sup>(1)(2)</sup>	ÔJI ÉQUILIBRE <sup>(1)(2)</sup>	ÔJI RÉFÉRENCE <sup>(1)(2)</sup>	ÔJI INTÉGRALE <sup>(1)(2)</sup>
	Ostéopathie	Non pris en charge					
	Acupuncture	70 %/Non pris en charge					
	Homéopathie non remboursée par la Sécurité sociale <sup>(4)</sup>	Non pris en charge	-	80 €/année civile avec un maximum de 40 € par séance	120 €/année civile avec un maximum de 40 € par séance	80 €/année civile avec un maximum de 40 € par séance	160 €/année civile avec un maximum de 40 € par séance
	Consultations diététicien						
	Chiropraxie						
	Psychomotricité						
	Ergothérapie						
	Psychothérapie non remboursée par la Sécurité sociale (20 séances maximum par année civile)		-	10 € par séance	15 € par séance	15 € par séance	20 € par séance
	PRÉVENTION						
Contraception non remboursée (féminine et masculine)/ Tests de grossesse	Non pris en charge	-	75 €/année civile	125 €/année civile	75 €/année civile	150 €/année civile	
Vaccins prescrits non remboursés par la Sécurité sociale							
Bilan de psychomotricité							
Ostéodensitométrie remboursée ou non par la Sécurité sociale	70 %/Non pris en charge		-	-	-		
Dépistage Prénatal Non Invasif (DPNI)/Amniocentèse	100 %/Non pris en charge	Remboursement Sécurité sociale pour le DPNI	Remboursement Sécurité sociale pour le DPNI	Remboursement Sécurité sociale pour le DPNI + 183 €/acte	Remboursement Sécurité sociale pour le DPNI + 183 €/acte	Remboursement Sécurité sociale pour le DPNI + 183 €/acte	
FORFAIT COMPLÉMENTAIRE SPÉCIFIQUE DE PRÉVENTION OU BONUS PRÉVENTION							
Protections auditives jetables	Non pris en charge	-	50 €/année civile	50 €/année civile	50 €/année civile	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 <sup>(1)(2)</sup>	SÉCURITÉ SOCIALE <sup>(1)(2)</sup>	ÔJI ESSENTIELLE <sup>(1)(2)</sup>	ÔJI INITIALE <sup>(1)(2)</sup>	ÔJI ÉQUILIBRE <sup>(1)(2)</sup>	ÔJI RÉFÉRENCE <sup>(1)(2)</sup>	ÔJI INTÉGRALE <sup>(1)(2)</sup>
Honoraires médicaux et chirurgicaux						
Honoraires médicaux	80 %	100 %	100 %	OPTAM/ OPTAM-CO <sup>(3)</sup> 170 % Non OPTAM/ Non OPTAM-CO <sup>(3)</sup> 150 %	OPTAM/ OPTAM-CO <sup>(3)</sup> 150 % Non OPTAM/ Non OPTAM-CO <sup>(3)</sup> 130 %	OPTAM/ OPTAM-CO <sup>(3)</sup> 200 % Non OPTAM/ Non OPTAM-CO <sup>(3)</sup> 175 %
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 %

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 aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée (Option de Pratique Tarifaire Maîtrisée, Option de Pratique Tarifaire Maîtrisée des Chirurgiens et Gynécologues-Obstétricien) prévus par la Convention nationale du 25 août 2016, applicable aux médecins libéraux de ceux des médecins non adhérents.

(4) La limite de 40 € par séance ne s'applique pas à l'homéopathie.

DENTAIRE		SÉCURITÉ SOCIALE <sup>(1)(2)</sup>	ÔJI ESSENTIELLE <sup>(1)(2)</sup>	ÔJI INITIALE <sup>(1)(2)</sup>	ÔJI ÉQUILIBRE <sup>(1)(2)</sup>	ÔJI RÉFÉRENCE <sup>(1)(2)</sup>	ÔJI INTÉGRALE <sup>(1)(2)</sup>
100 % SANTÉ	<b>PANIER « 100 % SANTÉ » Soins et prothèses totalement remboursés<sup>(5)</sup></b>						
	Couronne définitive (sur dent visible ou non visible)	60 %	<b>Remboursement total de la dépense engagée.</b> 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							
<b>HORS PANIER « 100 % SANTÉ » Soins et prothèses</b>							
Soins							
Soins conservateurs, consultations, chirurgie, radiologie remboursés par la Sécurité sociale		60 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Inlay-onlay remboursé par la Sécurité sociale			100 €	100 €	100 €	150 €	150 €
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		60 %	120 €	300 €	300 €	420 €	420 €
Couronne définitive sur dent non visible (molaire) - couronne céramo-métallique - couronne céramo-céramique				120 €	120 €	216 €	300 €

AIDES AUDITIVES <sup>(1)(2)(6)</sup>		SÉCURITÉ SOCIALE <sup>(1)(2)</sup>	ÔJI ESSENTIELLE <sup>(1)(2)</sup>	ÔJI INITIALE <sup>(1)(2)</sup>	ÔJI ÉQUILIBRE <sup>(1)(2)</sup>	ÔJI RÉFÉRENCE <sup>(1)(2)</sup>	ÔJI INTÉGRALE <sup>(1)(2)</sup>
100 % SANTÉ	<b>PANIER « 100 % SANTÉ » Équipements remboursés totalement<sup>(5)</sup></b>						
	Mutualiste de moins de 20 ans ou mutualiste atteint de cécité	60 %	<b>Remboursement total de la dépense engagée.</b> Pour des aides auditives et des tarifs définis par les Pouvoirs publics				
Mutualiste de 20 ans et plus <sup>(6)</sup>							

OPTIQUE <sup>(1)(2)(7)</sup>		SÉCURITÉ SOCIALE <sup>(1)(2)</sup>	ÔJI ESSENTIELLE <sup>(1)(2)</sup>	ÔJI INITIALE <sup>(1)(2)</sup>	ÔJI ÉQUILIBRE <sup>(1)(2)</sup>	ÔJI RÉFÉRENCE <sup>(1)(2)</sup>	ÔJI INTÉGRALE <sup>(1)(2)</sup>
Lunettes remboursées par la Sécurité sociale							
100 % SANTÉ	<b>PANIER « 100 % SANTÉ » Équipements (monture et verres) remboursés totalement<sup>(5)</sup></b>						
	Verre unifocal (classe A)	60 %	<b>Remboursement total de la dépense engagée.</b> 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							
<b>HORS PANIER « 100 % SANTÉ » Équipements (monture et verres)</b>							
Prestations dans Kalixia Optique							
Verre unifocal faible et moyenne correction (classe B)		60 %	100 %	30 €	30 €	45 €	80 € <sup>(8)</sup>
Monture (classe B)						60 €	90 € <sup>(8)</sup>
Prestations hors Kalixia Optique							
Verre unifocal faible et moyenne correction (classe B)		60 %	100 %	25 €	25 €	35 €	60 € <sup>(8)</sup>
Monture (classe B)				100 %	30 €	30 €	60 €
Lentilles de contact correctrices							
Remboursées par la Sécurité sociale (par année civile) Prise en charge du ticket modérateur après épuisement du forfait		60 %	100 %	Remboursement Sécurité sociale + forfait 50 €	Remboursement Sécurité sociale + forfait 100 €	Remboursement Sécurité sociale + forfait 110 €	Remboursement Sécurité sociale + forfait 170 €
Non remboursées par la Sécurité sociale (par année civile)		Non pris en charge	-				

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.

(5) 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 Contact, 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.

(8) Seulement pour les plus de 16 ans.



## → 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](http://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, 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.