

Régime de remboursement de Frais Santé

Extrait des garanties Surcomplémentaire Non Responsable - Cadres*

HOSPITALISATION MÉDICALE, CHIRURGICALE ET MATERNITÉ	CONFORT + Surcomplémentaire Non Responsable
Hospitalisation Chirurgicale et Médicale - Frais de séjour et fournitures diverses	100% FR - Rbt SS dans la limite de 500% BR
Hospitalisation Chirurgicale et Médicale - Honoraires OPTAM/OPTAM-ACO	100% FR - Rbt SS dans la limite de 500% BR
Hospitalisation Chirurgicale et Médicale - Honoraires hors OPTAM/OPTAM-ACO	100% FR - Rbt SS dans la limite de 300% BR
Chambre particulière (y compris maternité)	1,60% du PMSS/J
Forfait journalier hospitalier (1)	100% FR
Frais d'accompagnement (enfant - 18 ans)	1% du PMSS/J
Lit d'accompagnement	1% du PMSS/J
ACTES MÉDICAUX COURANTS	
Consultations et visites généralistes OPTAM/OPTAM-ACO	200% BR
Consultations et visites généralistes hors OPTAM/OPTAM-ACO	200% BR
Consultations et visites spécialistes OPTAM/OPTAM-ACO	200% BR
Consultations et visites spécialistes hors OPTAM/OPTAM-ACO	200% BR
Consultations ostéopathe, chiropracteur et étiothérapeute, acupuncture, pédicurie-podologie an / bénéficiaire	300€
Consultations de psychologues remboursées par la S.S. (12 séances par année civile et par bénéficiaire) (7)	100% BR
Soins d'auxiliaires médicaux, Frais de déplacement, Frais d'analyses et de laboratoire	200% BR
Electroradiologie OPTAM/OPTAM-ACO	200% BR
Electroradiologie hors OPTAM/OPTAM-ACO	200% BR
Actes de spécialités OPTAM/OPTAM-ACO	200% BR
Actes de spécialités hors OPTAM/OPTAM-ACO	200% BR
Frais de transport	200% BR
PHARMACIE	
Frais pharmaceutiques	100% BR
Pilule et patch contraceptif non remboursés par la S.S. (an/ bénéficiaire)	3% PMSS
MATERNITÉ - ADOPTION	
Indemnité forfaitaire (doublée en cas de naissance gémellaire)	15% PMSS
CURE THERMALE REMBOURSÉE PAR LA S.S	
Cures thermales	100% BR
PRÉVENTION	
Sevrage tabagique an/bénéficiaire	2,60% PMSS
Ostéodensitométrie	300% BR
AUTRES PROTHÈSES	
Orthopédie et appareillage remboursées par la S.S.	200% BR
Accessoires (2)	200% BR
PROTHÈSES AUDITIVES	
Équipement 100% santé	Prise en charge intégrale dans la limite du prix limite de vente (PLV)
Prothèses auditives du panier libre / prise en charge plafond à hauteur du Prix Limite de Vente / 1 équipement par oreille tous les 4 ans	400€ + 65% BR (Prise en charge maximum à hauteur du prix limite de vente)

Garanties incluant les garanties de la Sécurité Sociale et celle du contrat complémentaire.

DENTAIRE**	CONFORT + Surcomplémentaire Non Responsable
Soins et prothèse 100% santé	Prise en charge intégrale dans la limite des honoraires limites de facturation (HLF)
Soins pris en charge par le RO ne relevant pas du dispositif 100% santé (3)	370% BR
Prothèses (paniers libre et maîtrisé) (4)	
Panier maîtrisé	Prise en charge identique à celle du panier libre dans la limite des honoraires limites de facturation (HLF)
Panier libre	Actes remboursés par la sécurité sociale
Inlay / onlay remboursée par la S.S.	370% BR
Inlay / onlay non remboursée par la S.S.	270% BR
Dents du sourire remboursées par la S.S. (y compris prothèse sur implant) (5)	370% BR
Dents du sourire non remboursées par la S.S. (y compris prothèse sur implant) (5) ***	300% BR
Dents de fond de bouche remboursées par la S.S. (y compris prothèse sur implant) (6)	370% BR
Dents de fond de bouche non remboursées par la S.S. (y compris prothèse sur implant) (6) ***	300% BR
Orthodontie remboursée par la S.S.	336% BR
Orthodontie non remboursée par la S.S.	150% BR
Implants dentaires (an / bénéficiaire)	15% PMSS
Pilier ou inlay core sur implant (an / bénéficiaire)	8% PMSS
OPTIQUE	
Equipement 100% santé - verre	Prise en charge intégrale dans la limite du prix limite de vente (PLV)
Equipement 100% santé - monture	Prise en charge intégrale dans la limite du prix limite de vente (PLV)
Prestation d'adaptation et d'appairage 100% santé	Prise en charge intégrale dans la limite du prix limite de vente (PLV)
Verres du panier libre ****	Voir Grille Optique
Monture panier libre ****	100 €
Prestation d'adaptation et d'appairage du panier libre	100% BR
Lentilles remboursées ou non par la S.S. (y.c. jetables) /an/bénéficiaire	10% PMSS
Chirurgie de la myopie (/œil/an/bénéficiaire)	10% PMSS
<p>Garanties incluant les garanties de la Sécurité Sociale et celle du contrat complémentaire.</p> <p>(*) Salariés et assimilés salariés relevant des articles 2.1 et 2.2 de l'ANI du 17 novembre 2017 relatif à la prévoyance des cadres.</p> <p>(**) Dans la limite de 3 prothèses par an, au-delà remboursement sur la base de 240% de la BR. (***) Sur la base d'un SPR 30 OU HBLD418.</p> <p>(****) Prise en charge limitée à un équipement optique (2 verres+1 monture) par période de 2 ans pour les assurés de 16 ans et plus, par période d'un 1 an pour les assurés de moins de 16 ans, par période de 6 mois pour les enfants jusqu'à 6 ans en cas de mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage de l'enfant entraînant une perte d'efficacité du verre correcteur (exception aux périodes de renouvellement possible notamment en cas d'évolution de la vue ou situations médicales particulières).</p> <p>Le contrat est responsable selon la législation actuellement en vigueur. Sauf précision contraire, les prestations sont exprimées en pourcentage de la BR et elles les prestations indiquées incluent le remboursement de la Sécurité sociale. Pour les prestations exprimées en forfait, la Mutuelle rembourse le montant indiqué. (sauf prestations exprimées en euros). Lorsque le professionnel de santé ou l'établissement de santé n'est pas conventionné avec l'Assurance maladie, la base de remboursement est le Tarif d'Autorité (dont le montant est très inférieur aux tarifs de remboursement pour les professionnels de santé ou les établissements conventionnés).</p> <p>Les prestations sont accordées dans la limite des frais engagés sur présentation de justificatifs et sous réserve de remboursement par le régime obligatoire, sauf stipulation contraire. (1) Prévu à l'article L. 174-4 du Code de la Sécurité sociale, à l'exclusion du forfait journalier facturé par les établissements médico-sociaux visés à l'article L. 312-1 du Code de l'action sociale et des familles. (2) Produits et prestations inscrits à la liste prévue à l'article L.165-1 du code de la sécurité sociale. Les audioprothèses ne sont pas remboursées au titre de ce poste mais au titre du poste « Prothèses auditives » (3) Soins dentaires / Actes d'endodontie / Actes de prophylaxie bucco-dentaire / Parodontologie. (4) : Couronnes, bridges et inter de bridge / Couronnes sur implant / Prothèses dentaires amovibles ou fixe / Réparation sur prothèses. (5) : dents n° 11 / 12 / 13 / 14 / 15 / 21 / 22 / 23 / 24 / 25 / 31 / 32 / 33 / 34 / 35/41 / 42 / 43 / 44/ 45. (6) : dents n° 16 / 17 / 18 / 26 / 27 / 28 / 36 / 37 / 38 / 46 / 47 / 48. » (7) Consultations effectuées auprès d'un psychologue conventionné et référencé dans l'annuaire mis en ligne sur le site Mon soutien psy (monsoutienpsy.ameli.fr/recherche-psychologue).</p> <p>BR : Base de Remboursement de la Sécurité sociale - FR : Frais Réels - OPTAM : Option de Pratique Tarifaire Maîtrisée - OPTAM-ACO : Option de Pratique Tarifaire Maîtrisée, pour les médecins exerçant en Anesthésie, Chirurgie et Obstétrique - PMSS : Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale - S.S. : Sécurité sociale - TM : Ticket Modérateur. PMSS 2026 : 4005€</p>	

Grille Optique

Surcomplémentaire Non Responsable - Cadres*

Forfait par verre			CONFORT + Surcomplémentaire Non Responsable
Verres simple foyer, sphériques :			
Verre simple	sphère comprise entre -6 à +6	A	185 €
Verre complexe	sphère hors zone - 6 à +6	C	277 €
Verres simple foyer, sphéro-cylindriques :			
Verre simple	sphère comprise entre -6 et 0 et cylindre <= +4	A	185 €
Verre simple	sphère > 0 et sphère + cylindre <= +6	A	185 €
Verre complexe	sphère comprise entre -6 et 0 et cylindre > +4	C	222 €
Verre complexe	sphère < -6 et cylindre >= + 0,25	C	277 €
Verre complexe	sphère > 0 et sphère + cylindre > +6	C	277 €
Verres multifocaux ou progressifs sphériques :			
Verre complexe	sphère comprise entre -4 à +4	C	250 €
Verre très complexe	sphère hors zone de -4 à +4	F	311 €
Verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques :			
Verre complexe	sphère comprise entre -8 et 0 et cylindre <= +4	C	300 €
Verre complexe	sphère > 0 et sphère + cylindre <= +8	C	300 €
Verre très complexe	sphère est comprise entre -8 et 0 et cylindre > +4	F	311 €
Verre très complexe	sphère < -8,00 et cylindre >= + 0,25	F	311 €
Verre très complexe	sphère > 0 et sphère + cylindre > +8	F	311 €
Equipement Mixte constitué de deux verres de catégories distinctes :			
Equipement Verre composé de catégories distinctes	B	2 Verres + 1 Monture Non Responsable	
Equipement Verre composé de catégories distinctes	D	2 Verres + 1 Monture Non Responsable	
Equipement Verre composé de catégories distinctes	F	2 Verres + 1 Monture Non Responsable	
Catégorie ACF (équipement homogène) et BDE (équipement hétérogène) remboursement conforme contrat responsable			
Equipement Homogène :			
CLASSE A / VERRE SIMPLE / sphère -6 à +6 et cylindre inf ou égal à +4			
CLASSE C / VERRE COMPLEXE / VERRE simple foyer hors zone -6 à +6 et cylindre sup +4 à verre multifocal ou progressif			
CLASSE F / VERRE TRES COMPLEXE / VERRE multifocal ou progressif sphero cylindrique sphère hors zone - 8 + 8			
CLASSE F / VERRE TRES COMPLEXE / VERRE multifocal ou progressif sphero cylindrique sphère hors zone - 4 + 4			
Equipement mixte :			
Verre Simple + Verre Complexe (A+C) B			
Verre Simple + Verre Très Complexe (A+F) D			
Verre Complexe + Verre Très Complexe (C+F) E			
Prise en charge limitée à un équipement optique (2 verres+1 monture) au terme d'une période minimale : de 2 ans, pour les adultes et pour les enfants de 16 ans et plus, de 1 an, pour les enfants de plus de 6 ans et de moins de 16 ans, de 6 mois, pour les enfants jusqu'à 6 ans en cas de mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage de l'enfant entraînant une perte d'efficacité du verre correcteur. Renouvellement anticipé de l'équipement possible notamment en cas d'évolution de la vue ou situations médicales particulières, tels que défini par arrêté.			