



**SOLUTIONS SANTE
HCR IMPLIMUTUACARE**

CCN
des **Hôtels, Cafés,**
Restaurants

**Votre régime
frais de santé**

Salariés Cadres

IDCC 1979

\\W]a d]a i hi UWfY'Z'



HCR Implimutuacare accompagne les salariés des hôtels, cafés et restaurants.
Nous vous proposons des garanties complètes, conformes à votre Convention Collective.

Avec HCR Implimutuacare vous êtes certain de bénéficier ...

- ➔ de garanties performantes, conformes au dispositif 100% Santé,
- ➔ d'un réseau de proximité,
- ➔ d'exonération des charges salariales sur vos cotisations (sauf CSG et CRDS),
- ➔ d'une possibilité de couvrir vos ayants droit dans les mêmes conditions de garanties.

UN RÉGIME SUR-MESURE POUR VOUS SALARIÉS CADRES

➔ Votre part salariale s'élève à 50% minimum du régime obligatoire souscrit par votre entreprise

Choix de votre garantie obligatoire :

- ➔ Confort : reste à charge sur certains postes
- ➔ Sérénité : régime intermédiaire
- ➔ Excellence : régime haut de gamme

Choix de votre surcomplémentaire facultative :

- ➔ Confort + : Surcomplémentaire du socle obligatoire Confort
- ➔ Sérénité + : Surcomplémentaire du socle obligatoire Sérénité
- ➔ Excellence + : Surcomplémentaire du socle obligatoire Excellence

CONFORT + Surcomplémentaire non responsable À partir de 14,37 €**	SÉRÉNITÉ + Surcomplémentaire non responsable À partir de 15,60 €**	EXCELLENCE + Surcomplémentaire non responsable À partir de 33,66 €**
CONFORT Socle obligatoire responsable À partir de 39,62 €*	SÉRÉNITÉ Socle obligatoire responsable À partir de 44,13 €*	EXCELLENCE Socle obligatoire responsable À partir de 44,95 €*

*Exemple régime général de la Sécurité sociale : part employeur (50%) d'une cotisation «Adulte», en % du PMSS (Valeur 2026).
 **Exemple régime général de la Sécurité sociale : cotisation de la surcomplémentaire «Adulte», en % du PMSS (Valeur 2026).

➔ A titre facultatif vous pouvez compléter votre couverture par la surcomplémentaire : Confort +, Sérénité + ou Excellence + selon le socle obligatoire choisi par votre employeur.

➔ Plafond de la Sécurité sociale 2026 (PMSS)

Les montants des cotisations et de certaines garanties sont exprimés en % du PMSS. Ces montants sont calculés par rapport au plafond de la Sécurité sociale.

	Annuel	Trimestriel	Mensuel (PMSS)
Plafond de la Sécurité sociale	48 060 €	12 015 €	4005 €

i **INFORMATIONS CONCERNANT LE PLAFOND DE LA SÉCURITÉ SOCIALE 2026 :**
 Valeur publiée le 21 octobre 2025 par le bulletin officiel de la Sécurité sociale, susceptible de modification, selon l'évolution législative (loi de financement de la sécurité sociale notamment...).

i **INFORMATIONS PRATIQUES**

COTISATIONS AU RÉGIME FRAIS DE SANTÉ

Pour le régime collectif obligatoire, l'employeur est tenu de financer 50% minimum des cotisations. Les cotisations obligatoires (part employeur + part salarié) sont prélevées sur le bulletin de paie et versées par l'employeur au gestionnaire. Les cotisations facultatives ainsi que la surcomplémentaire sont prélevées directement sur le compte bancaire du salarié.

TAXES OBLIGATOIRES

La taxe sur les conventions d'assurance est applicable aux contrats complémentaires frais de santé. Son taux est de 13,27% pour les contrats répondant au cahier des charges des contrats responsables et de 20,27% pour les autres contrats.

PRÉLÈVEMENTS SOCIAUX

Les cotisations du régime complémentaire obligatoire sont soumises aux prélèvements obligatoires suivants (sous réserve des évolutions légales ou réglementaires pouvant intervenir) :

- CSG non déductible [pour le salarié] : applicable sur 100% de la part employeur
- CSG déductible [pour le salarié] : applicable sur 100% de la part employeur
- CRDS [pour le salarié] : applicable sur 100% de la part employeur
- Forfait social [pour l'employeur] : applicable sur 100% de la part employeur (entreprises ≥ 11 salariés).



GRILLE DE GARANTIES POUR VOUS SALARIÉS CADRES

	CONFORT (Régime oblig)	SÉRÉNITÉ (Régime oblig)	EXCELLENCE (Régime oblig)
HOSPITALISATION MÉDICALE, CHIRURGICALE ET MATERNITÉ			
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 CO	100% FR - Rbt SS dans la limite de 500% BR		
Hospitalisation Chirurgicale et Médicale - Honoraires hors OPTAM/OPTAM-ACO	200% BR	200% BR	200% BR
Forfait journalier hospitalier ⁽¹⁾	100% FR	100% FR	100% FR
Chambre particulière (y compris maternité) sans limitation de durée	1,60 % du PMSS/J	3 % du PMSS/J	3 % du PMSS/J
Frais d'accompagnement (enfant - 18 ans)	1 % du PMSS/J	1 % du PMSS/J	1 % du PMSS/J
Lit d'accompagnement	1% du PMSS/J	1 % du PMSS/J	1 % du PMSS/J
ACTES MÉDICAUX COURANTS			
Consultations et visites généralistes OPTAM/OPTAM-ACO	200% BR	200% BR	200% BR
Consultations et visites généralistes hors OPTAM/OPTAM-ACO	180% BR	180% BR	180% BR
Consultations et visites spécialistes OPTAM/OPTAM-ACO	200% BR	300% BR	350% BR
Consultations et visites spécialistes hors OPTAM/OPTAM-ACO	180% BR	200% BR	200% BR
Consultations ostéopathe, chiropracteur et étiothate, acupuncture, pédicurie-podologie an / bénéficiaire	300€	300€	350€
Consultations de psychologues remboursées par la S.S. (12 séances par année civile et par bénéficiaire) ⁽²⁾	100% BR	100% BR	100% BR
Soins d'auxiliaires médicaux, Frais de déplacement, Frais d'analyses et de laboratoire	200% BR	300% BR	350% BR
Electroradiologie OPTAM/OPTAM-ACO	200% BR	300% BR	350% BR
Electroradiologie hors OPTAM/OPTAM-ACO	180% BR	200% BR	200% BR
Actes de spécialités OPTAM/OPTAM-ACO	200% BR	250% BR	300% BR
Actes de spécialités HORS OPTAM/OPTAM-ACO	180% BR	200% BR	200% BR
Frais de transport	150% BR	300% BR	300% BR
PHARMACIE			
Frais pharmaceutiques	100% BR	100% BR	100% BR
Pilule et patch contraceptif non remboursés par la S.S. (an/bénéficiaire)	3% PMSS	3% PMSS	3% PMSS
DENTAIRE ⁽³⁾			
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	470% BR	470% 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 (HLV)		
Panier libre :	Actes remboursés par la sécurité sociale		
Inlay / onlay remboursée par la S.S.	370% BR	470% BR	470% BR
Inlay / onlay non remboursée par la S.S.	270% BR	300% BR	370% BR
Dents de sourire remboursées par la S.S. (y compris prothèse sur implant) ⁽⁵⁾	370% BR	400% BR	450% BR
Dents de sourire non remboursées par la S.S. (y compris prothèse sur implant) ^{(5) **}	300% BR	350% BR	350% BR
Dents de fond de bouche remboursées par la S.S. ⁽⁶⁾ (y compris prothèse sur implant)	370% BR	400% BR	450% BR
Dents de fond de bouche non remboursées par la S.S. (y compris prothèse sur implant) ^{(6) **}	300% BR	350% BR	350% BR
Orthodontie remboursée par la S.S.	336 % BR	336 % BR	336 % BR
Orthodontie non remboursée par la S.S.	150 % BR	150 % BR	150 % BR
Implants dentaires	15% PMSS / an / bénéficiaire	18% PMSS / an / bénéficiaire	20% PMSS / an / bénéficiaire
Pilier ou inlay core sur implant	8% PMSS / an / bénéficiaire	8% PMSS / an / bénéficiaire	8% PMSS / an / bénéficiaire
AUTRES PROTHÈSES			
Orthopédie et appareillage remboursées par la S.S. ⁽⁷⁾	200% BR	300% BR	300% BR
Accessoires ⁽⁷⁾	200% BR	300% BR	300% BR
OPTIQUE			
Équipement 100% santé - verre	Prise en chare intégrale dans la limite du prix limite de vente (PLV)		
Équipement 100% santé - monture	Prise en chare intégrale dans la limite du prix limite de vente (PLV)		
Prestation d'adaptation et d'appairage 100% santé	Prise en chare intégrale dans la limite du prix limite de vente (PLV)		
Verres du panier libre ***	Voir Grille Optique	Voir Grille Optique	Voir Grille Optique
Monture du panier libre ***	Voir Grille Optique	Voir Grille Optique	Voir Grille Optique
Prestation d'adaptation et d'appairage du panier libre	100% BR	100% BR	100% BR
Lentilles remboursées ou non par la S.S. (y.c. jetables)	10% PMSS / an / bénéficiaire	10% PMSS / an / bénéficiaire	10% PMSS / an / bénéficiaire
Chirurgie de la myopie (/œil/an/bénéficiaire)	10% PMSS / œil	16% PMSS / œil	20% PMSS / œil
PROTHÈSES AUDITIVES			
Équipement 100% santé	Prise en chare 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)		
MATERNITÉ - ADOPTION			
Indemnité forfaitaire (doublée en cas de naissance gémellaire)	15% PMSS	20% PMSS	20% PMSS
CURE THERMALE REMBOURSÉE PAR LA S.S			
Cures thermales	100% BR	150% BR	150% BR
PRÉVENTION			
Sevrage tabagique an/bénéficiaire	2,60% PMSS / an / bénéficiaire		
Ostéodensitométrie	300% BR	300% BR	300% BR

Le contrat est responsable selon la législation actuellement en vigueur. Sauf précision contraire, les prestations sont exprimées en pourcentage de la BR et 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).

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⁾ Consultations effectuées auprès d'un psychologue conventionné et référencé dans l'annuaire mis en ligne sur le site Mon soutien psy (<https://monsoutienpsy.ameli.fr/recherche-psychologue>).

⁽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⁾ 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».

⁽⁸⁾ Dans la limite de 3 prothèses par an, au dela remboursement sur la base de 240% de la BR.

^(8*) Sur la base d'un SPR 30 OU HBLD418.

*** 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).

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.

GRILLE OPTIQUE POUR VOUS SALARIÉS CADRES

GRILLE OPTIQUE	CATÉGORIE	CONFORT	SÉRÉNITÉ	EXCELLENCE
TYPE DE VERRE		FORFAIT PAR VERRE	FORFAIT PAR VERRE	FORFAIT PAR VERRE
Verres simple foyer, sphériques	A et C	160 € à 277 €	160 € à 277 €	160 € à 277 €
Verres simple foyer, sphéro-cylindriques	A et C	160 € à 277 €	160 € à 277 €	160 € à 277 €
Verres multifocaux ou progressifs sphériques	C et F	250 € à 311 €	250 € à 311 €	250 € à 311 €
Verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques	C et F	300 € à 311 €	300 € à 311 €	300 € à 311 €
EQUIPEMENT MIXTE CONSTITUÉ DE DEUX VERRES DE CATÉGORIES DISTINCTES				
Équipement Verre composé de catégories distinctes	B	Plafond : contrat responsable		
	D	Plafond : contrat responsable		
	E	Plafond : contrat responsable		
MONTURE PANIER LIBRE		1 MONTURE	1 MONTURE	1 MONTURE
Garantie		100 €	100 €	100 €

Catégorie ACF (équipement homogène) et BDE (équipement hétérogène) remboursement conforme contrat responsable.

Équipement Homogène 2026

CLASSE A / V SIMPLE / sphère -6 à +6 et cylindre inf ou égal à +4

CLASSE C / V COMPLEXE / V simple foyer hors zone -6 à +6 et cylindre sup +4 à verre multifocal ou progressif

CLASSE F / V T COMPLEXE / V multifocal ou progressif spher cylindrique sphère hors zone - 8 + 8

CLASSE F / V T COMPLEXE / V multifocal ou progressif spher cylindrique sphère hors zone - 4 + 4

Équipement mixte 2026

V Simple + V Complexe (A+C) B

V Simple + V T Complexe (A+F) D

V Complexe + V T 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.



GRILLE DE GARANTIES SURCOMPLEMENTAIRE POUR VOUS SALARIÉS CADRES

LES REMBOURSEMENTS INDIQUÉS INCLUENT LE SOCLE OBLIGATOIRE SOUSCRIT PAR VOTRE ENTREPRISE

	SURCOMPLEMENTAIRE NON RESPONSABLE CONFORT +	SURCOMPLEMENTAIRE NON RESPONSABLE SERENITE +	SURCOMPLEMENTAIRE NON RESPONSABLE EXCELLENCE +
HOSPITALISATION MÉDICALE, CHIRURGICALE ET MATERNITÉ			
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 CO	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	100% FR - Rbt SS dans la limite de 400% BR	500% BR
Forfait journalier hospitalier ⁽¹⁾	100% FR	100% FR	100% FR
Chambre particulière (y compris maternité) sans limitation de durée	1,60 % du PMSS/J	3 % du PMSS/J	4 % du PMSS/J
Frais d'accompagnement (enfant - 18 ans)	1 % du PMSS/J	1 % du PMSS/J	2 % du PMSS/J
Lit d'accompagnement	1% du PMSS/J	1 % du PMSS/J	2 % du PMSS/J
ACTES MÉDICAUX COURANTS			
Consultations et visites généralistes OPTAM/OPTAM-ACO	200% BR	200% BR	250% BR
Consultations et visites généralistes hors OPTAM/OPTAM-ACO	200% BR	200% BR	250% BR
Consultations et visites spécialistes OPTAM/OPTAM-ACO	200% BR	300% BR	470% BR
Consultations et visites spécialistes hors OPTAM/OPTAM-ACO	200% BR	200% BR	470% BR
Consultations ostéopathe, chiropracteur et étiothape, acupuncture, pédicurie-podologie /an / bénéficiaire	300€	300€	350€
Consultations de psychologues remboursées par la S.S. (12 séances par année civile et par bénéficiaire) ⁽²⁾	100% BR	100% BR	100% BR
Soins d'auxiliaires médicaux, Frais de déplacement, Frais d'analyses et de laboratoire	200% BR	300% BR	470% BR
Electroradiologie OPTAM/OPTAM-ACO	200% BR	300% BR	470% BR
Electroradiologie hors OPTAM/OPTAM-ACO	200% BR	200% BR	470% BR
Actes de spécialités OPTAM/OPTAM-ACO	200% BR	250% BR	470% BR
Actes de spécialités HORS OPTAM/OPTAM-ACO	200% BR	200% BR	470% BR
Frais de transport	200% BR	300% BR	500% BR
PHARMACIE			
Frais pharmaceutiques	100% BR	100% BR	100% BR
Pilule et patch contraceptif non remboursés par la S.S. (an/bénéficiaire)	3% PMSS	3% PMSS	3% PMSS
DENTAIRE ⁽³⁾			
Soins et prothèse 100% santé			
Soins pris en charge par le RO ne relevant pas du dispositif 100% santé ⁽³⁾	370% BR	470% BR	470% BR
Prothèses (paniers libre et maitrisé) ⁽⁴⁾			
Panier maitrisé	Prise en charge identique à celle du panier libre dans la limite des honoraires limites de facturation (HLV)		
Panier libre :	Actes remboursés par la sécurité sociale		
Inlay / onlay remboursée par la S.S.	370% BR	470% BR	570% BR
Inlay / onlay non remboursée par la S.S.	270% BR	300% BR	370% BR
Dents du sourire remboursées par la S.S. (y compris prothèse sur implant) ⁽⁵⁾	370% BR	400% BR	570% BR
Dents du sourire non remboursées par la S.S. (y compris prothèse sur implant) ⁽⁵⁾ **	300% BR	350% BR	570% BR
Dents de fond de bouche remboursées par la S.S. ⁽⁶⁾ (y compris prothèse sur implant)	370% BR	400% BR	570% BR
Dents de fond de bouche non remboursées par la S.S. (y compris prothèse sur implant) ⁽⁶⁾ **	300% BR	350% BR	570% BR
Orthodontie remboursée par la S.S.	336 % BR	336 % BR	500 % BR
Orthodontie non remboursée par la S.S.	150 % BR	150 % BR	200 % BR
Implants dentaires	15% PMSS / an / bénéficiaire	18% PMSS / an / bénéficiaire	22% PMSS / an / bénéficiaire
Pilier ou inlay core sur implant	8% PMSS / an / bénéficiaire	8% PMSS / an / bénéficiaire	12% PMSS / an / bénéficiaire
AUTRES PROTHÈSES			
Orthopédie et appareillage remboursées par la S.S. ⁽⁷⁾	200% BR	300% BR	560% BR
Accessoires ⁽⁷⁾	200% BR	300% BR	560% BR
OPTIQUE			
Équipement 100% santé - verre			
Équipement 100% santé - monture			
Prestation d'adaptation et d'appairage 100% santé			
Verres du panier libre	Voir Grille Optique	Voir Grille Optique	Voir Grille Optique
Monture du panier libre	Voir Grille Optique	Voir Grille Optique	Voir Grille Optique
Prestation d'adaptation et d'appairage du panier libre	100% BR	100% BR	100% BR
Lentilles remboursées ou non par la S.S. (y.c. jetables) /an/bénéficiaire	10% PMSS / an / bénéficiaire	10% PMSS / an / bénéficiaire	13% PMSS / an / bénéficiaire
Chirurgie de la myopie (/œil/an/bénéficiaire)	10% PMSS / œil	16% PMSS / œil	20% PMSS / œil
PROTHÈSES AUDITIVES			
Équipement 100% santé			
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)		560% BR (Prise en charge maximum à hauteur du prix limite de vente)
MATERNITÉ - ADOPTION			
Indemnité forfaitaire (doublée en cas de naissance gémellaire)	15% PMSS	20% PMSS	22% PMSS
CURE THERMALE REMBOURSÉE PAR LA S.S			
Cures thermales	100% BR	150% BR	300% BR
PRÉVENTION			
Sevrage tabagique an/bénéficiaire	2,60% PMSS / an / bénéficiaire		3% PMSS / an / bénéficiaire
Ostéodensitométrie	300% BR	300% BR	470% BR

Le contrat est responsable selon la législation actuellement en vigueur. Sauf précision contraire, les prestations sont exprimées en pourcentage de la BR et 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).

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⁾ Consultations effectuées auprès d'un psychologue conventionné et référencé dans l'annuaire mis en ligne sur le site Mon soutien psy (<https://monsoutienpsy.ameli.fr/recherche-psychologue>).

⁽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⁾ 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».

⁽⁸⁾ Dans la limite de 4 prothèses par an, au delà du remboursement sur la base de 240% de la BR.

^(9*) Sur la base d'un SPR 30 OU HBLD418.

*** 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).

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.

GRILLE OPTIQUE SURCOMPLÉMENTAIRE POUR VOUS SALARIÉS CADRES

GRILLE OPTIQUE	CATÉGORIE	SURCOMPLÉMENTAIRE CONFORT +	SURCOMPLÉMENTAIRE SÉRÉNITÉ +	SURCOMPLÉMENTAIRE EXCELLENCE +
TYPE DE VERRE		FORFAIT PAR VERRE	FORFAIT PAR VERRE	FORFAIT PAR VERRE
Verres simple foyer, sphériques	A et C	185 € à 277€	185 € à 277€	185 € à 277€
Verres simple foyer, sphéro-cylindriques	A et C	185 € à 277€	185 € à 277€	185 € à 277€
Verres multifocaux ou progressifs sphériques	C et F	250 € à 311 €	250 € à 311 €	250 € à 311 €
Verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques	C et F	300 € à 311 €	300 € à 311 €	300 € à 311 €
EQUIPEMENT MIXTE CONSTITUÉ DE DEUX VERRES DE CATÉGORIES DISTINCTES				
Équipement Verre composé de catégories distinctes	B	2V+1M - NON RESPONSABLE		
	D	2V+1M - NON RESPONSABLE		
	E	2V+1M - NON RESPONSABLE		
MONTURE PANIER LIBRE		1 MONTURE	1 MONTURE	1 MONTURE
Garantie		100 €	100 €	100 €

Catégorie ACF (équipement homogène) et BDE (équipement hétérogène) remboursement conforme contrat responsable.

Équipement Homogène 2026

CLASSE A / V SIMPLE / sphère -6 à +6 et cylindre inf ou égal à +4

CLASSE C / V COMPLEXE / V simple foyer hors zone -6 à +6 et cylindre sup +4 à verre multifocal ou progressif

CLASSE F / V T COMPLEXE / V multifocal ou progressif spher cylindrique sphère hors zone - 8 + 8

CLASSE F / V T COMPLEXE / V multifocal ou progressif spher cylindrique sphère hors zone - 4 + 4

Équipement mixte 2026

V Simple + V Complexe (A+C) B

V Simple + V T Complexe (A+F) D

V Complexe + V T 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.





VOS COTISATIONS 2026 EN € POUR VOUS SALARIÉS CADRES*

EXEMPLE : COTISATION ADULTE/ENFANT EN % PMSS ET ÉQUIVALENCE EN € SUR LA BASE DU PMSS 2026

Régime souscrit par l'établissement : Régime collectif **CONFORT**
 PMSS 2026 : **4 005 €**
 Calcul des cotisations : 1,98% x 4 005 € = 79,23 €
 Part patronale : 79,23 / 2 = **39,62 €**
 Part salariale : 79,23 / 2 = **39,62 €**

Choix 1 CONFORT = régime obligatoire				
RÉGIME GÉNÉRAL	CONFORT (Socle)		CONFORT + (Surcomplémentaire)	
Adulte	1,98% PMSS	Part patronale : 39,62 €	0,36% PMSS	Soit +14,37 €
Enfant	+0,93% PMSS	Soit +37,36 €	+0,19% PMSS	Soit +7,39 €
Choix 2 SÉRÉNITÉ = régime obligatoire				
RÉGIME GÉNÉRAL	SÉRÉNITÉ (Socle)		SÉRÉNITÉ + (Surcomplémentaire)	
Adulte	2,20% PMSS	Part patronale : 44,13 €	0,39% PMSS	Soit +15,60 €
Enfant	+1,01% PMSS	Soit +40,23 €	+0,16% PMSS	Soit +6,57 €
Choix 3 EXCELLENCE = régime obligatoire				
RÉGIME GÉNÉRAL	EXCELLENCE (Socle)		EXCELLENCE + (Surcomplémentaire)	
Adulte	2,25% PMSS	Part patronale : 44,95 €	0,84% PMSS	Soit +33,66 €
Enfant	+1,05% PMSS	Soit +41,87 €	+0,34% PMSS	Soit +13,55 €

i **INFORMATIONS CONCERNANT LE PLAFOND DE LA SÉCURITÉ SOCIALE 2026 :**
 Valeur publiée le 21 octobre 2025 par le bulletin officiel de la Sécurité sociale, susceptible de modification, selon l'évolution législative (loi de financement de la sécurité sociale notamment...).

*Le montant des cotisations exprimé en € est donné à titre indicatif, il fait l'objet d'un arrondi opéré par le délégataire de gestion en fonction de l'évolution du PMSS.
 Les cotisations pour vos ayants droit sont à ajouter au niveau de garanties choisi, et sont uniquement à la charge du salarié.



BON A SAVOIR

COMMENT ACCÉDER À VOTRE ESPACE PERSONNEL ?



- 1 - Votre employeur vous déclare sur <https://services.gerep.fr>
- 2 - Vous recevez par mail, un identifiant et un mot de passe
- 3 - Vous accédez à la gestion de votre compte et bénéficiez de l'ensemble de vos services.



<https://hcr.implimutuacare.fr/espace-salarie>

TOUS NOS SERVICES EN LIGNE :

- Accédez à vos garanties, vos remboursements, vos services.
- Retrouvez vos devis, vos prises en charge.
- Gérez vos informations personnelles.



HCR Implimutuacare & La Mutuelle Familiale... L'expérience mutuelle !

Nous avons la conviction que la proximité, la solidarité et l'écoute ont encore toutes leur place dans la mise en œuvre d'un régime Frais de Santé.

Mieux vous connaître, mieux vous comprendre pour mieux vous accompagner...Voilà ce qui anime nos équipes.

La Mutuelle Familiale c'est :



+ 168 000
de personnes
protégées



32
agences de
proximité



130 M€
en cotisations

Accompagnement & Affiliation...

Rien de plus simple,

à vous de choisir la solution qui vous convient :



Par courrier en nous retournant

la demande d'adhésion, accompagnée des
pièces justificatives à l'adresse suivante :

GEREP

4 RUE DE VIENNE

CS 40001

75378 PARIS CEDEX 08



Contactez un conseiller

par téléphone : **01 45 22 52 53**

ou par mail : **affiliation@gerep.fr**

**IMPLI
MUTUA
CARE**
ASSURANCES LIÉGÈRES AUX MÉTIERS
DE L'HÔTELLERIE ET DE LA RESTAURATION

Gerep
gestion

La Mutuelle Familiale
ma complémentaire de vie®