

	Prestations 2026	OPTION 1	OPTION 2	OPTION 3	OPTION 4	OPTION 5
	<b>Reste à charge Zéro - Soins et prothèses 100% santé<sup>(1)</sup></b>					
	Prothèses, réparations remboursées Sécu, Inlay-Core, Prothèses transitoires remboursées Sécu	100 % PLV				
<b>Soins et prothèses tarifs libres<sup>(2)</sup></b>						
	Soins dentaires y compris détartrage annuel	100% BRSS	100% BRSS	150% BRSS	250% BRSS	500% BRSS
	Prothèses dentaires remboursées sécu y compris inlays	125% BRSS	125% BRSS	275% BRSS	350% BRSS	500% BRSS
	Implants dentaires non remboursés sécu	-	-	-	300€ / an	900€ / an
	Orthodontie remboursée sécu	125% BRSS	125% BRSS	200% BRSS	300% BRSS	500% BRSS
	Orthodontie non remboursée sécu	-	-	-	300€ / an	600€ / an
	Parodontologie refusée	-	-	-	60€/an	100€/ an

	<b>Reste à charge Zéro - Equipements optique 100 % santé<sup>(3)</sup></b>					
	Equipement optique	100 % PLV				
<b>Equipements optique tarif libre<sup>(4)</sup></b>						
	Monture	20 €	20 €	80 €	100 €	100 €
	Verre simple (par verre)	40 €	40 €	120 €	150 €	150 €
	Verre complexe et très complexe (par verre)	90 €	90 €	195 €	300 €	300 €
	Lentilles remboursées	100% BRSS	100% BRSS	500% BRSS	750% BRSS	750% BRSS
	Lentilles non remboursées	-	-	200€ / an	300€ / an	300€ / an

	<b>Auditif tarif libre<sup>(5)</sup></b>				
	Prothèses auditives remboursées RO – 1 appareil	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS + 320€	100% BRSS + 400€
	Prothèses auditives remboursées RO – 2 appareils	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS + 520€	100% BRSS + 650€

	Consultation généraliste OPTAM	100% BRSS	100% BRSS	150% BRSS	220% BRSS	400% BRSS
	Consultation généraliste NON OPTAM	100% BRSS	100% BRSS	130% BRSS	200% BRSS	200% BRSS
	Consultation/visite spécialiste, acte technique OPTAM	100% BRSS	100% BRSS	220% BRSS	300% BRSS	500% BRSS
	Consultation/visite spécialiste, acte technique NON OPTAM	100% BRSS	100% BRSS	200% BRSS	200% BRSS	200% BRSS
	Imagerie Médicale OPTAM	100% BRSS	100% BRSS	150% BRSS	220% BRSS	400% BRSS
	Imagerie Médicale NON OPTAM	100% BRSS	100% BRSS	130% BRSS	200% BRSS	200% BRSS
	Auxiliaires médicaux, analyses	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS	220% BRSS	400% BRSS
	Orthopédie, Prothèses non dentaires	100% BRSS	100% BRSS	200% BRSS	250% BRSS	400% BRSS
	Transport	100% BRSS				
	Pharmacie (65% ; 30% ; 15%)	100% BRSS				
	Pharmacie prescrite non remboursée (inscrite aux pages blanches du Vidal)	-	-	-	40 €/ an	50€/ an

<b>Hospitalisation</b>	Frais de séjour (si établissement conventionné)	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS	300% BRSS	400% BRSS
	Honoraires OPTAM / OPTAM-CO <sup>(6)</sup>	100% BRSS	400% BRSS	220% BRSS	400% BRSS	500% BRSS
	Honoraires NON OPTAM / NON OPTAM-CO <sup>(6)</sup>	100% BRSS	200% BRSS	200% BRSS	200% BRSS	200% BRSS
	Franchise actes techniques (si frais réels ≥ 120 €)	Frais réel	Frais réel	Frais réel	Frais réel	Frais réel
	Forfait journalier	Frais réel	Frais réel	Frais réel	Frais réel	Frais réel
	Chambre particulière <sup>(7)</sup> (maximum 30 jours/an)	-	70€ / jour	50€ / jour	70€ / jour	90€ / jour
	Frais d'accompagnant (Enfant de - de 16 ans ou non-voyant)	-	35€ / jour	20€ / jour	35€ / jour	50€ / jour
<b>Autres</b>	Actes de prévention remboursés Sécu	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS
	Densitométrie osseuse non remboursée	-	-	75€ / an	150€ / an	150€ / an
	Ostéopathie, acupuncture, pédicure-podologie <sup>(8)</sup>	-	-	20€ / séance	30€ / séance	30€ / séance

COTISATIONS MENSUELLES 2026	1	2	3	4	5
ADULTE	49,79 €	59,52 €	84,92 €	102,28 €	123,38 €
ENFANT (gratuit à partir du 3ème enfant)	24,82 €	30,44 €	41,57 €	48,64 €	65,71 €

**Le Ticket Modérateur est pris en charge à 100% par la Mutuelle. Le % de remboursement inclus le remboursement de la Sécurité Sociale.**

**OPTAM :** Médecins ayant signé l'Option Pratique TArifaire Maitrisée et s'engageant à limiter leurs dépassements d'honoraires.

**NON OPTAM :** Médecins n'ayant pas signé l'Option Pratique TArifaire Maitrisée. Remboursement sur dépassement limité à 100% du TC et inférieur d'au moins 20% par rapport à un médecin OPTAM.

**OPTAM-CO ou NON OPTAM-CO :** Concerne les Chirurgiens et Obstétriciens.

**BR ou BRSS :** Base de remboursement de la sécurité sociale. Tarif de référence de la sécurité sociale. Il y a deux BR :

- TC : Tarif de convention (médecins conventionnés)
- TA : Tarif d'Autorité (médecins non conventionnés)

**SS :** Sécurité Sociale

**PLV :** Prix Limite de Vente

**TM :** Ticket Modérateur

Le remboursement de la mutuelle ne prend pas en charge les actes hors nomenclatures, ni la participation forfaitaire mentionnée au II de l'article L322-2 du code de Sécurité Sociale, ni la majoration du ticket modérateur hors parcours de soins, ni les dépassements d'honoraires hors parcours de soins.

**(1) Équipements 100% Santé :** Cette garantie comprend la prise en charge des frais de soins dentaires prothétiques, tels que définis réglementairement, dans la limite des honoraires de facturation fixés et sous déduction du Montant Remboursé par la Sécurité sociale.

**(2) Plafond dentaire sur les prothèses dentaires remboursées, les implants et l'orthodontie remboursée ou non :** 900 € pour les options 1 et 2, 1200 € pour l'option 3, 1500 € pour l'option 4, et 2000€ pour l'option 5.

Ce plafond est calculé par année civile et ne peut être reporté sur un autre bénéficiaire ou sur l'année suivante. Au-delà du plafond, la prise en charge se limite au ticket modérateur.

**(3) Équipements 100% Santé :** cette garantie comprend la prise en charge de verres et monture de classe A, la prestation d'appairage pour des verres d'indices de réfraction différents et le supplément applicable pour les verres avec filtre, tels que définis réglementairement, dans la limite des Prix limites de vente ou PLV fixés et sous déduction du Montant Remboursé par la Sécurité sociale. Le remboursement des montures de ce panier est limité à 30 €. L'adhérent pourra bénéficier d'un équipement complet de classe A ou de classe B, ou d'un équipement mixte associant 1 monture de classe A et 2 verres de classe B ou 1 monture de classe B et 2 verres de classe A."

**(4) Le forfait optique** s'applique à l'acquisition d'un équipement (verres + monture) : tous les 2 ans (date des soins) pour les adultes et tous les ans pour les enfants et les adolescents de moins de 16 ans. Cependant, en cas d'évolution de la vue, un renouvellement est possible dans un délai d'un an à compter de la dernière date d'achat.

**(5)** Le renouvellement de la prise en charge d'une **aide auditive** ne peut intervenir avant une période de 4 ans suivant la date de délivrance de l'aide auditive précédente. Ce délai de renouvellement s'entend pour chaque oreille indépendamment.

**(6) Plafond annuel global sur les dépassements d'honoraires :** 1800 € sur l'option 2, 1500 € sur l'option 3, 1800 € sur l'option 4 et 2000 € sur l'option 5.

**(7) Maximum 30 jours en médecine et soins de suite, 30 jours en psychiatrie, 90 jours en chirurgie.**

**(8) Maximum 5 séances par an toutes spécialités confondues.**