

Grille Confort Frais de Santé

Nature des actes	PRESTATIONS Y compris Sécurité sociale	
	Régime Complémentaire Responsable Confort	
Hospitalisation médicale, chirurgicale et maternité	OPTAM / OPTAM CO	Hors OPTAM / OPTAM CO
Frais de séjour	270 % BR	
Honoraires	270 % BR	170 % BR
Forfait journalier hospitalier (1)	100 % FR	
Lit d'accompagnant (enfant de moins de 12 ans)	2 % PMSS / jour	
Chambre particulière	2 % PMSS / jour	
Transport accepté par la Séc. Soc.	100 % BR	
Actes médicaux courants	OPTAM / OPTAM CO	Hors OPTAM / OPTAM CO
Consultations spécialistes	270 % BR	170 % BR
Consultations généralistes	270 % BR	170 % BR
Visites généralistes / spécialiste	290 % BR	170 % BR
Actes de petite chirurgie	270 % BR	170 % BR
Analyses, laboratoire	270 % BR	
Auxiliaires médicaux	270 % BR	
Radiologie	270 % BR	170 % BR
Pharmacie		
Remboursée par la Séc. Soc.	100 % BR	
Dentaire		
Soins et prothèse 100% santé	Prise en charge intégrale dans la limite des honoraires limites de facturation (HLF)	
Soins dentaires remboursés par la SS ne relevant pas du dispositif 100% santé (3) : soins dentaires, actes de prophylaxie bucco-dentaire, actes d'endodontie, parodontologie	270 % 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	270 % BR	
Parodontologie non prise en charge par la Séc. Soc. (Maximum 3 actes / an / bénéficiaire)	100 % FR dans la limite de 150 € / acte	
Prothèses dentaires remboursées par la Séc. Soc. (5)	270 % BR	
Inlay core	270 % BR	
Implantologie dentaire non prise en charge par la Séc. Soc. (Maximum 3 actes / an / bénéficiaire)	dans la limite de 10 % PMSS / implant	
Prothèses dentaires non remboursées par la Séc. Soc. (5) (6) (**)	270 % BR	
Orthodontie acceptée ou refusée par la Séc. Soc.	270 % BR	

Grille Confort Frais de Santé

Nature des actes	PRESTATIONS Y compris Sécurité sociale
	Régime Complémentaire Responsable Confort
Autres prothèses	
Appareillages remboursés par la Séc. Soc. Par an et par bénéficiaire	100 % FR dans la limite de 7,5 % PMSS
Accessoires (2)	100 % FR dans la limite de 7,5 % PMSS
Prothèses auditives	
Equipement 100% santé	(Prise en charge maximum à hauteur du prix limite de vente)
Equipement du panier libre	10 % 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 remboursés par la Séc. Soc. (les2)	Grille Optique CONFORT
Monture remboursée par la Séc. Soc.	80 Euros
Lentilles acceptées par la Séc. Soc. (yc jetables)	5 % PMSS / an / bénéf.
Lentilles refusées par la Séc. Soc. (yc jetables)	5 % PMSS / an / bénéf.
Chirurgie de la myopie	300 € / œil / an / bénéf.
Maternité – Adoption	
Indemnité forfaitaire (doublée en cas de naissance gémellaire)	10 % PMSS
Cures thermales acceptés par la Séc. Soc.	
Allocation forfaitaire	100 % FR limités à 10 % PMSS
Pack bien être	
Ostéopathie, Chiropractie, Microkinésie, Etiopathe, Acupuncture, sevrage tabagique, podologue, diététicien et psychologue	30 € / séance (maximum 3 séances) / an / bénéf.

Le montant des prestations servies ne peut excéder les frais réellement engagés, sous déduction des remboursements versés par la SS et tout autre organisme complémentaire.

BR : Base de Remboursement de la Sécurité sociale - FR : Frais Réels - OPTAM : Option de Pratique Tarifaire Maîtrisée - OPTAM-CO : Option de Pratique Tarifaire Maîtrisée, destinée aux médecins exerçant en Chirurgie et en Obstétrique - PMSS : Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale - S.S. : Sécurité sociale - TM : Ticket Modérateur.

PMSS 2025 : 3925€

Grille Optique Confort

FORFAIT PAR VERRE			
Verres simple foyer, sphériques :			
Verre simple	sphère comprise entre -6 à +6	A	100 Euros par verre
Verre complexe	sphère hors zone -6 à +6	C	175 Euros par verre
Verres simple foyer, sphéro-cylindriques :			
Verre simple	sphère comprise entre -6 et 0 et cylindre <= +4	A	100 Euros par verre
Verre simple	sphère > 0 et sphère + cylindre <= +6	A	100 Euros par verre
Verre complexe	sphère comprise entre -6 et 0 et cylindre > +4	C	175 Euros par verre
Verre complexe	sphère < -6 et cylindre >= +0,25	C	175 Euros par verre
Verre complexe	sphère > 0 et sphère + cylindre > +6	C	175 Euros par verre
Verres multifocaux ou progressifs sphériques :			
Verre complexe	sphère comprise entre -4 à +4	C	175 Euros par verre
Verre très complexe	sphère hors zone de -4 à +4	F	225 Euros par verre
Verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques :			
Verre complexe	sphère comprise entre -8 et 0 et cylindre <= +4	C	175 Euros par verre
Verre complexe	sphère > 0 et sphère + cylindre <= +8	C	175 Euros par verre
Verre très complexe	sphère est comprise entre -8 et 0 et cylindre > +4	F	225 Euros par verre
Verre très complexe	sphère < -8,00 et cylindre >= +0,25	F	225 Euros par verre
Verre très complexe	sphère > 0 et sphère + cylindre > +8	F	225 Euros par verre
Équipement Mixte constitué de deux verres de catégories distinctes :			
Équipement Verre composé de catégories distinctes /plafond : contrat responsable		B	137,50 Euros par verre
Équipement Verre composé de catégories distinctes /plafond : contrat responsable		D	162,50 Euros par verre
Équipement Verre composé de catégories distinctes /plafond : contrat responsable		E	200 Euros par verre

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

Équipement 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 TRÈS COMPLEXE / VERRE multifocal ou progressif sphéro cylindrique sphère hors zone -8 + 8
 CLASSE F / VERRE TRÈS COMPLEXE / VERRE multifocal ou progressif sphéro cylindrique sphère hors zone -4 + 4

Équipement 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.

(*) 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.

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).

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. (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. »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).