

## Grille Sérénité Frais de Santé

Nature des actes	PRESTATIONS Y compris Sécurité sociale	
	Régime Complémentaire Responsable Ou OPTIONNEL 1 Sérénité	
Hospitalisation médicale, chirurgicale et maternité	OPTAM / OPTAM-ACO	Hors OPTAM / OPTAM-ACO
Frais de séjour	370 % BR	
Honoraires – Secteur conventionné	370 % BR	185 % BR
Forfait hospitalier <sup>(1)</sup>	100 % BR	
Forfait actes lourds	100 % du Forfait	
Chambre particulière	3 % PMSS / jour	
Lit d'accompagnant (enfant de moins de 12 ans)	3 % PMSS / jour	
Maternité – Prime de naissance (doublée en cas de naissance gémellaire)	15 % PMSS	
Transport accepté par la S.S.	100 % BR	
Actes médicaux courants	OPTAM / OPTAM-ACO	Hors OPTAM / OPTAM-ACO
Consultations généralistes	370 % BR	185 % BR
Consultations spécialistes	370 % BR	185 % BR
Consultations de psychologues remboursées par la S.S. (12 séances par année civile et par bénéficiaire) <sup>(2)</sup>	100 % BR	
Analyses	370 % BR	
Auxiliaires médicaux	370 % BR	
Actes techniques médicaux (petite chirurgie)	270 % BR	185 % BR
Radiologie	370 % BR	170 % BR
Orthopédie et autres prothèses <sup>(3)</sup>	Max 10 % PMSS	
Dentaire		
Soins et prothèse 100 % santé <sup>(4)</sup>	Prise en charge intégrale dans la limite des honoraires de facturation (HLF)	
Soins pris en charge par le RO ne relevant pas du dispositif 100 % santé	370 % BR	
Orthodontie remboursée ou non remboursée par la S.S.	370 % BR	
Prothèses (limité à 3 prothèses par an et par bénéficiaire pour les panier libre et maîtrisé, au-delà prise en charge du ticket modérateur) <sup>(5)</sup>		
Panier maîtrisé	Prise en charge identique à celle du panier libre dans la limite des honoraires de facturation (HLF)	
Panier libre	Actes remboursés par la sécurité sociale	
Onlays-Inlays	370 % BR	
Dents du sourire remboursées ou non remboursée par la S.S. <sup>(6)</sup>	370 % BR	
Dents de fond de bouche remboursées ou non remboursée par la S.S. <sup>(7)</sup>	370 % BR	
Actes dentaires hors nomenclature (parodontologie) (Maximum 3 actes / an / bénéficiaire)	300 € / actes / max 3x / an	
Implantologie non remboursée par la S.S. (racine et pilier – maximum 3 actes / an / bénéficiaire)	dans la limite De 15 % PMSS / implant	

## Grille Sérénité Frais de Santé

Nature des actes	PRESTATIONS Y compris Sécurité sociale
	Régime Complémentaire Responsable Ou OPTIONNEL 1 Sérénité
<b>Pharmacie</b>	
Remboursée par la Séc Soc	100 % BR
<b>Aide auditive (8)</b>	
Equipe ment 100 % santé	Prise en charge intégrale dans la limite du prix limite de vente (PLV)
Equipe ment du panier libre	15 % PMSS
<b>Frais optique</b>	
Equipe ment 100 % santé - verre	Prise en charge intégrale dans la limite du prix limite de vente (PLV)
Equipe ment 100 % santé – monture	Prise en charge intégrale dans la limite du prix limite de vente (PLV)
Prestation d'adaptation et d'appairage (remboursée S.S.) 100 % santé	Prise en charge intégrale dans la limite du prix limite de vente (PLV)
Monture du panier libre	100 €
Verres du panier libre	Grille Optique SERENITE
Prestation d'adaptation et d'appairage (remboursée S.S.) panier libre	100 % BR
Lentilles prescrites remboursées ou non par la Séc. Soc. (y compris jetables)	10 % PMSS / an / bénéf.
Chirurgie réfractive	400 € / œil / an / bénéf.
<b>Prévention et médecines douces</b>	
Ostéopathie, Chiropraxie, Microkinésie, Etiopathe, Acupuncture, sevrage tabagique, podologie, diététique et psychologie (9)	40 € / séance (maximum 4 séances) / an / bénéf.
Cure thermale remboursée par la S.S. (Allocation forfaitaire)	dans la limite de 15 % PMSS

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 (monsoutienpsy.ameli.fr/recherche-psychologue). (3) 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 «Aides auditive». (4) Soins dentaires / Actes d'endodontie / Actes de prophylaxie bucco-dentaire / Parodontologie. (5) Couronnes, bridges et inter de bridge / Couronnes sur implant / Prothèses dentaires amovibles ou fixe / Réparation sur prothèses. (6) Dents n° 11 / 12 / 13 / 14 / 15 / 21 / 22 / 23 / 24 / 25 / 31 / 32 / 33 / 34 / 35 / 41 / 42 / 43 / 44 / 45. (7) Dents n° 16 / 17 / 18 / 26 / 27 / 28 / 35 / 36 / 37 / 38 / 45 / 46 / 47 / 48. (8) La durée de garantie et la durée minimale avant un renouvellement de la prise en charge par la complémentaire est fixée à 4 ans. (9) Professionnels de santé réglementés : praticien justifiant d'un numéro ADELI. Professionnels de santé non réglementés : praticien inscrit à l'annuaire professionnel ou à l'organisation représentative de l'activité (fédération/syndicat professionnel), ou justifiant par diplôme (copie du justificatif) de son aptitude professionnelle.

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 €

## Grille Optique Sérénité

FORFAIT PAR VERRE			
<b>Verres simple foyer, sphériques :</b>			
Verre simple	sphère comprise entre -6 à +6	A	140 Euros par verre
Verre complexe	sphère hors zone - 6 à +6	C	250 Euros par verre
<b>Verres simple foyer, sphéro-cylindriques :</b>			
Verre simple	sphère comprise entre -6 et 0 et cylindre <= +4	A	140 Euros par verre
Verre simple	sphère > 0 et sphère + cylindre <= +6	A	140 Euros par verre
Verre complexe	sphère comprise entre -6 et 0 et cylindre > +4	C	250 Euros par verre
Verre complexe	sphère < -6 et cylindre >= +0,25	C	250 Euros par verre
Verre complexe	sphère > 0 et sphère + cylindre > +6	C	250 Euros par verre
<b>Verres multifocaux ou progressifs sphériques :</b>			
Verre complexe	sphère comprise entre -4 à +4	C	250 Euros par verre
Verre très complexe	sphère hors zone de -4 à +4	F	300 Euros par verre
<b>Verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques :</b>			
Verre complexe	sphère comprise entre -8 et 0 et cylindre <= +4	C	250 Euros par verre
Verre complexe	sphère > 0 et sphère + cylindre <= +8	C	250 Euros par verre
Verre très complexe	sphère est comprise entre -8 et 0 et cylindre > +4	F	300 Euros par verre
Verre très complexe	sphère < -8,00 et cylindre >= +0,25	F	300 Euros par verre
Verre très complexe	sphère > 0 et sphère + cylindre > +8	F	300 Euros par verre
<b>Equipement Mixte constitué de deux verres de catégories distinctes :</b>			
Equipement Verre composé de catégories distinctes / plafond : contrat responsable		B	195 Euros par verre
Equipement Verre composé de catégories distinctes / plafond : contrat responsable		D	220 Euros par verre
Equipement Verre composé de catégories distinctes / plafond : contrat responsable		E	275 Euros par verre

### 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.