

## Garantie frais de santé cadres\* - Premium

Nature des actes	PRESTATIONS Y compris Sécurité sociale	
	Régime Complémentaire Responsable Premium	
Hospitalisation médicale, chirurgicale et maternité	OPTAM / OPTAM-ACO	Hors OPTAM / OPTAM-ACO
Frais de séjour	470 % BR	
Honoraires – Secteur conventionné	470 % BR	200 % BR
Forfait hospitalier <sup>(1)</sup>	100 % BR	
Forfait actes lourds	100 % du Forfait	
Chambre particulière	4 % PMSS / jour	
Lit d'accompagnant (enfant de moins de 12 ans)	4 % PMSS / jour	
Maternité – Prime de naissance (doublée en cas de naissance gémellaire)	20 % PMSS	
Transport accepté par la S.S.	100 % BR	
Actes médicaux courants	OPTAM / OPTAM-ACO	Hors OPTAM / OPTAM-ACO
Consultations généralistes	470 % BR	200 % BR
Consultations spécialistes	470 % BR	200 % BR
Consultations de psychologues remboursées par la S.S. (12 séances par année civile et par bénéficiaire) <sup>(2)</sup>	100 % BR	
Analyses	470 % BR	
Auxiliaires médicaux	470 % BR	
Actes techniques médicaux (petite chirurgie)	270 % BR	200 % BR
Radiologie	470 % BR	200 % BR
Orthopédie et autres prothèses <sup>(3)</sup>	Max 15 % 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	470 % BR	
Orthodontie remboursée ou non remboursée par la S.S.	470 % 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	470 % BR	
Dents du sourire remboursées ou non remboursée par la S.S. <sup>(6)</sup>	470 % BR	
Dents de fond de bouche remboursées ou non remboursée par la S.S. <sup>(7)</sup>	470 % BR	
Actes dentaires hors nomenclature (parodontologie) (Maximum 3 actes / an / bénéficiaire)	450 € / actes / max 3x / an	
Implantologie non remboursée par la S.S. (racine et pilier – maximum 3 actes / an / bénéficiaire)	dans la limite De 20 % PMSS / implant	

## Garantie frais de santé cadres\* - Premium

Nature des actes	PRESTATIONS Y compris Sécurité sociale
	Régime Complémentaire Responsable Premium
<b>Pharmacie</b>	
Remboursée par la Séc Soc	100 % BR
<b>Aide auditive <sup>(8)</sup></b>	
Equipement 100 % santé	Prise en charge intégrale dans la limite du prix limite de vente (PLV)
Equipement du panier libre	20 % PMSS
<b>Frais optique</b>	
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 (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 PREMIUM
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)	12,5 % PMSS / an / bénéf.
Chirurgie réfractive	600 € / oeil / an / bénéf.
<b>Prévention et médecines douces</b>	
Ostéopathie, Chiropractie, Microkinésie, Etiopathe, Acupuncture, sevrage tabagique, podologie, diététique et psychologie <sup>(9)</sup>	50 € / séance (maximum 5 séances) / an / bénéf.
Cure thermale remboursée par la S.S. (Allocation forfaitaire)	dans la limite de 20 % PMSS

\* 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.

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) Prévus 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 auditives». (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 Premium

FORFAIT PAR VERRE			
<b>Verres simple foyer, sphériques :</b>			
Verre simple	sphère comprise entre -6 à +6	A	160 Euros par verre
Verre complexe	sphère hors zone - 6 à +6	C	300 Euros par verre
<b>Verres simple foyer, sphéro-cylindriques :</b>			
Verre simple	sphère comprise entre -6 et 0 et cylindre <= +4	A	160 Euros par verre
Verre simple	sphère > 0 et sphère + cylindre <= +6	A	160 Euros par verre
Verre complexe	sphère comprise entre -6 et 0 et cylindre > +4	C	300 Euros par verre
Verre complexe	sphère < -6 et cylindre >= +0,25	C	300 Euros par verre
Verre complexe	sphère > 0 et sphère + cylindre > +6	C	300 Euros par verre
<b>Verres multifocaux ou progressifs sphériques :</b>			
Verre complexe	sphère comprise entre -4 à +4	C	300 Euros par verre
Verre très complexe	sphère hors zone de -4 à +4	F	350 Euros par verre
<b>Verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques :</b>			
Verre complexe	sphère comprise entre -8 et 0 et cylindre <= +4	C	300 Euros par verre
Verre complexe	sphère > 0 et sphère + cylindre <= +8	C	300 Euros par verre
Verre très complexe	sphère est comprise entre -8 et 0 et cylindre > +4	F	350 Euros par verre
Verre très complexe	sphère < -8,00 et cylindre >= +0,25	F	350 Euros par verre
Verre très complexe	sphère > 0 et sphère + cylindre > +8	F	350 Euros par verre
<b>Équipement Mixte constitué de deux verres de catégories distinctes :</b>			
Équipement Verre composé de catégories distinctes / plafond : contrat responsable		B	230 Euros par verre
Équipement Verre composé de catégories distinctes / plafond : contrat responsable		D	255 Euros par verre
Équipement Verre composé de catégories distinctes / plafond : contrat responsable		E	325 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 TRES COMPLEXE / VERRE multifocal ou progressif sphéro cylindrique sphère hors zone - 8 + 8  
 CLASSE F / VERRE TRES 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.