

Garantie frais de santé – Non cadres* amélioré

Nature des actes	PRESTATIONS Y compris Sécurité sociale	
	Régime Complémentaire Responsable	
Hospitalisation médicale, chirurgicale et maternité	OPTAM / OPTAM CO	Hors OPTAM / OPTAM CO
Frais de séjour – Secteur conventionné	500 % BR	
Honoraires – Secteur conventionné (dont actes d'anesthésie)	500% BR	170% BR
Forfait journalier hospitalier (1)	100 % FR	
Forfait actes lourds	100 % du Forfait	
Chambre particulière	75 euros / jours	
Lit d'accompagnant (enfant de moins de 12 ans)	50 euros / jours	
Maternité – Prime de naissance	250 €	
Actes médicaux courants	OPTAM / OPTAM CO	Hors OPTAM / OPTAM CO
Consultations Généralistes	220% BR	170% BR
Consultations Spécialistes	220% BR	170% BR
Analyses	160% BR	
Auxiliaires médicaux	160% BR	
Actes techniques médicaux (petite chirurgie)	220% BR	170% BR
Radiologie	220% BR	170% BR
Orthopédie et autres prothèses et accessoires (2)	225% BR	
Transport remboursé par la Séc Soc.	100 % BR	
Pharmacie		
Remboursée par la Séc Soc.	100 % BR	
Dentaire		
Soins et prothèse 100% santé (3)	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	220 % BR	
Inlay / Onlay (soin dentaire y compris SC 17 et 19)	-	
Orthodontie remboursée par la Séc. Soc..	320% BR	
Orthodontie non remboursée par la Séc. Soc.	200% BR	
Prothèses (Limité à 3 prothèses par et par bénéficiaire pour les paniers libre et maîtrisé, au-delà prise en charge du ticket modérateur) (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 Core	340 % BR	
Dents du sourire remboursées par la Séc Soc. (5)	340 % BR	
Dents de fond de bouche remboursées par la Séc Soc. (6)	340 % BR	
Dents du sourire non remboursées par la Séc Soc. (5)	220 % BR	
Dents de fond de bouche non remboursées par la Séc Soc. (6)	220 % BR	
Actes dentaires hors nomenclature (parodontologie) Max/actes/an/bénéficiaire	350 € / actes / max 3x/an	
Implantologie non remboursée par la Séc Soc. (racine et pilier – maximum 3 implants / an / bénéficiaire)	-	

Garantie frais de santé – Non cadres* amélioré

Nature des actes	PRESTATIONS Y compris Sécurité sociale
	Régime Complémentaire Responsable
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 (remboursée par la Séc. Soc.) 100% santé	Prise en charge intégrale dans la limite du prix limite de vente (PLV)
Monture du panier libre	80 €
Verres panier libre	Grille Optique NC amélioré
Prestation d'adaptation et d'appairage (remboursée par la Séc. Soc.) panier libre	100 % BR
Lentilles prescrites remboursées ou non (y compris jetables)	9 % PMSS / an / bénéficiaire
Chirurgie réfractive	300 € / œil / an / bénéficiaire
Prothèses auditives	
Equipement 100% santé	(Prise en charge maximum à hauteur du prix limite de vente)
Equipement du panier libre (forfait par période de 4 ans)	375 % BR (Prise en charge maximum à hauteur du prix limite de vente)
Prévention et médecines douces	
Ostéopathe, chiropractie, micrikinésie, acupuncture, éthopathie, sevrage tabagique, podologie, diététique et psychologie	200 € / an / bénéficiaire
Sevrage tabagique sur prescription médicale (forfait annuel)	100 € / an
Cure thermale acceptée par la Séc. Soc.	Forfait 5 % PMSS
Action sociale	OUI
Assistance	OUI

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 – Non cadres* amélioré

FORFAIT PAR VERRE			
Verres simple foyer, sphériques :			
Verre simple	sphère comprise entre -6 à +6	A	120 Euros par verre
Verre complexe	sphère hors zone - 6 à +6	C	140 Euros par verre
Verres simple foyer, sphéro-cylindriques :			
Verre simple	sphère comprise entre -6 et 0 et cylindre <= +4	A	120 Euros par verre
Verre simple	sphère > 0 et sphère + cylindre <= +6	A	120 Euros par verre
Verre complexe	sphère comprise entre -6 et 0 et cylindre > +4	C	140 Euros par verre
Verre complexe	sphère < -6 et cylindre >= +0,25	C	140 Euros par verre
Verre complexe	sphère > 0 et sphère + cylindre > +6	C	140 Euros par verre
Verres multifocaux ou progressifs sphériques :			
Verre complexe	sphère comprise entre -4 à +4	C	140 Euros par verre
Verre très complexe	sphère hors zone de -4 à +4	F	160 Euros par verre
Verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques :			
Verre complexe	sphère comprise entre -8 et 0 et cylindre <= +4	C	140 Euros par verre
Verre complexe	sphère > 0 et sphère + cylindre <= +8	C	140 Euros par verre
Verre très complexe	sphère est comprise entre -8 et 0 et cylindre > +4	F	160 Euros par verre
Verre très complexe	sphère < -8,00 et cylindre >= +0,25	F	160 Euros par verre
Verre très complexe	sphère > 0 et sphère + cylindre > +8	F	160 Euros par verre
Equipement Mixte constitué de deux verres de catégories distinctes :			
Equipement Verre composé de catégories distinctes		B	plafond : contrat responsable
Equipement Verre composé de catégories distinctes		D	plafond : contrat responsable
Equipement Verre composé de catégories distinctes		E	plafond : contrat responsable

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 : Le remboursement maximal d'un équipement contrat responsable ne peut excéder 420€
 CLASSE C / VERRE COMPLEXE / VERRE simple foyer hors zone -6 à +6 et cylindre sup +4 à verre multifocal ou progressif : Le remboursement maximal d'un équipement contrat responsable ne peut excéder 700€
 CLASSE F / VERRE TRES COMPLEXE / VERRE multifocal ou progressif spherocylindrique sphère hors zone - 8 + 8 : Le remboursement maximal d'un équipement contrat responsable ne peut excéder 800€
 CLASSE F / VERRE TRES COMPLEXE / VERRE multifocal ou progressif spherocylindrique sphère hors zone - 4 + 4 : Le remboursement maximal d'un équipement contrat responsable ne peut excéder 800€

Equipement mixte :

Verre Simple + Verre Complexe (A+C) B : Le remboursement maximal d'un équipement contrat responsable ne peut excéder 560€
 Verre Simple + Verre Très Complexe (A+F) D : Le remboursement maximal d'un équipement contrat responsable ne peut excéder 610€
 Verre Complexe + Verre Très Complexe (C+F) E : Le remboursement maximal d'un équipement contrat responsable ne peut excéder 750€

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.

* Salariés et assimilés salariés ne relevant pas des articles 2.1 et 2.2 de l'ANI du 17 novembre 2017 relatif à la prévoyance des non cadres.

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).