

**PRESTATIONS COMPLEMENTAIRES à la SECURITE SOCIALE
au 1^{er} JANVIER 2026 - Options ESSENTIEL – CONFORT – PREMIUM**

Le tableau des prestations indique les plafonds de remboursements des dépenses de santé effectuées par l'assuré ayant respecté le parcours de soins. Ces remboursements sont effectués en excluant la participation forfaitaire et la franchise annuelle qui restent à sa charge et dans la limite des dépenses engagées, conformément à la loi. Les forfaits annuels s'entendent en année civile, sauf pour l'optique et l'audioprothèse, conformément à la réglementation en vigueur. Pour plus de détails, voir les statuts et règlements mutualistes et sous réserve des évolutions réglementaires

Nos prestations couvrent le TICKET MODERATEUR (TM) à 100 % en fonction de la base de remboursement de la Sécurité Sociale ainsi que des PRESTATIONS FORFAITAIRESEL selon l'option.	TM	PRESTATIONS FORFAITAIRESEL		
		ESSENTIEL	CONFORT	PREMIUM
ACTES ET SOINS COURANTS				
Pharmacie : médicaments et honoraires de dispensation remboursés par la Sécurité Sociale	100%			
Homéopathie non remboursée UNIQUEMENT sur prescription médicale			100 € / an	
Analyses médicales – Actes de laboratoires remboursés par la Sécurité Sociale	100%			
Frais de transport remboursés par la Sécurité Sociale	100%			
Auxiliaires médicaux (infirmiers, kinésithérapeutes, orthophonistes, orthoptistes, podologues) remboursés par la Sécurité Sociale	100%			
Médecins généralistes (1a), sage-femmes (OPTAM médecin ayant adhéré à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée) (par acte)	100%		10 €	15 €
Médecins généralistes NON OPTAM (par acte)	100%		10 € minoré de 20% sur la BRSS et plafonné à 100% de la BRSS	15 € minoré de 20% sur la BRSS et plafonné à 100% de la BRSS
Médecins spécialistes (1a), acte de chirurgie en cabinet médical (OPTAM médecin ayant adhéré à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée) (par acte)	100%	10 €	20 €	40 €
Médecins spécialistes NON OPTAM (par acte)	100%	10 € minoré de 20% sur la BRSS et plafonné à 100% de la BRSS	20 € minoré de 20% sur la BRSS et plafonné à 100% de la BRSS	40 € minoré de 20% sur la BRSS et plafonné à 100% de la BRSS
Professeurs codifiés en C3 (1a) (médecin ayant adhéré à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée) (par acte)	100%		40 €	70 €
Professeurs codifiés en C3 NON OPTAM ou NON OPTAM-CO (par acte)	100%		40 € minoré de 20% sur la BRSS et plafonné à 100% de la BRSS	70 € minoré de 20% sur la BRSS et plafonné à 100% de la BRSS
Radiologie (1a) (médecin ayant adhéré à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée) (hors dentaire), imagerie médicale, échographie, remboursée par la Sécurité Sociale (par acte)	100%	10 €	20 €	40 €
Radiologie NON OPTAM ou NON OPTAM-CO (par acte)	100%	10 € minoré de 20% sur la BRSS et plafonné à 100% de la BRSS	20 € minoré de 20% sur la BRSS et plafonné à 100% de la BRSS	40 € minoré de 20% sur la BRSS et plafonné à 100% de la BRSS
Psychologue remboursé par l'assurance maladie : 1 entretien d'évaluation et de 1 à 11 séances par an (1b)	100 %			
Médecines douces (2) (par séance - 3 par an tous spécialistes confondus) pouvant intervenir pour ostéopathe, chiropracteur, acupuncteur, podologue, psychologue, diététicien, nutritionniste, ergothérapeute, psychomotricien, reflexologue, étiopathe, mésothérapeute, naturopathe, hypnothérapeute.		15 €	20 €	25 €
HOSPITALISATION (3)				
Forfait journalier hospitalier & Forfait Patient Urgence		Pris en charge intégralement		
Frais de séjour	100%			
Chambre particulière et/ou dépassements d'honoraires (1a) et/ou soins ambulatoires (1a) (médecin OPTAM-ACO ayant adhéré à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée) et/ou acte de chirurgie (ADC) et/ou acte d'anesthésie (ADA)		700 € / an	1 000 € / an	1 600 € / an
Chambre particulière et/ou dépassements d'honoraires (1a) et/ou soins ambulatoires (1a) (médecins NON OPTAM-ACO)		700 € / an	1 000 € / an	1 600 € / an
		Forfaits minorés de 20% sur la BRSS et plafonné à 100% de la BRSS		

OPTIQUE (4)			
Équipement 100% santé (5) - verres et monture de classe A - 1 équipement pour 2 ans – TM inclus			100 % du PLV (6)
			maximum 370 € dont 30 € monture (5)
Autres équipements (5) sur verres et monture de classe B ou A + B - 1 équipement pour 2 ans - Monture limitée à 100 € (5) – TM inclus			
Équipement complet : Monture + 2 verres	200 €	300 €	
(5) Par verre	Monture		100 €
	Verre simple (5)		125 €
	Verre complexe (5)		175 €
	Verre très complexe (5)		225 €
Autres : Adaptation de la correction visuelle, appairage, verres avec filtres, autres suppléments (prisme, système anti-ptosis, verres Ise-iconiques) (5)	100%		
Chirurgie oculaire au laser non prise en charge par la Sécurité Sociale		200 € / an	350 € / an
Lentilles prescrites , remboursées ou non par la Sécurité Sociale	100%	110 € / an	160 € / an
AUDIOPROTHESE			
Équipement 100% santé (5) Classe I par oreille (tous les 4 ans) (7)	100 %	100 % du PLV (6)	
Autres équipements Classe II par oreille (tous les 4 ans) (7) dans la limite de 1 700 € TM inclus, conformément à la réglementation en vigueur	100%	250 €	400 €
Autres équipements Classe II par oreille (tous les 4 ans) (7) Moins de 20 ans ou atteint de cécité dans la limite de 1 700 € TM inclus, conformément à la réglementation en vigueur	100%	100 €	200 €
Consommables, piles ou accessoires , remboursés par la Sécurité Sociale	100%		
DENTAIRE			
Prothèse (8) et soin 100% santé (5)		100 % du PLV (6)	
Soin ou radiologie dentaire (par acte) (9)	100%		
Prothèses dentaires, inlays - Tarif maîtrisé & Tarif libre (10) ou Implants dentaires (11)*	100%	300 € / an	700 € / an
Orthodontie remboursée ou non par la sécurité sociale	100%	150 € / an	300 € / an
Parodontologie (12)	100%	50 € / an	100 € / an
AUTRES			
Densitométrie osseuse	100%	40 € / an	50 € / an
Prothèses Diverses / Petit Appareillage (13) (accessoires, pansements, orthèses) prescrits et remboursés par la Sécurité Sociale (par an)	100%	160 € / an	400 € / an
Cure prescrite et remboursée par la Sécurité Sociale (transport, hébergement)	100%	140 € / an	
Forfait Accouchement (1 an d'adhésion et inscription de l'enfant à la naissance)		200 €	300 €
		450 €	

* Bonus fidélité : Au-delà de 3 ans d'adhésion : forfait majoré de 10% - Au-delà de 5 ans d'adhésion forfait majoré de 20%

(1a) Dépassement d'honoraires : les actes non OPTAM (médecin n'ayant pas adhéré à l'**Option de Pratique Tarifaire Maîtrisée**) subissent un abattement de 20 % sur la BRSS (Base de Remboursement de la Sécurité Sociale) et un plafond de remboursement dans la limite de 100% de la BRSS, conformément à la réglementation en vigueur. **(1b) Psychologue** : s'entend par les actes codés EEP, APS, PSS des codes de regroupement de la CCAM. Prise en charge du Ticket modérateur en intégralité. Dès 3 ans et plus, sur adressage par le médecin traitant ou médecin impliqué dans la prise en charge (courrier). Séances chez un psychologue conventionné pour 12 séances maximum par an (année civile) comprenant : 1 entretien d'évaluation (EEP) obligatoirement réalisé en présence du patient et de 1 à 11 séances de suivi (APS ou PSS). Un renouvellement sera possible l'année suivante. Le psychologue fait l'objet d'une sélection attestant de sa qualification. Il est signataire d'une convention avec la caisse d'assurance maladie de son lieu d'exercice. Les séances ne peuvent donner lieu à dépassement. **(2) Médecines douces** : pouvant intervenir pour ostéopathe, chiropracteur, acupuncteur, podologue, psychologue non pris en charge par la SS, diététicien, nutritionniste, ergothérapeute, psychomotricien, reflexologue, étiopathie, mésothérapeute, naturopathe.

(3) Hospitalisation (chambre particulières, dépassements d'honoraires, ADC, ADA) : uniquement pour les établissements conventionnés et/ou en cabinet. **Dépassements d'honoraires** : les actes non OPTAM-ACO (médecin n'ayant pas adhéré à l'**Option de Pratique Tarifaire Maîtrisée Anesthésie-Chirurgie-Obstétrique**) subissent un abattement de 20 % sur la BRSS et un plafond de remboursement dans la limite de 100% de la BRSS, conformément à la réglementation en vigueur. **(4) Optique** : sur prescription médicale uniquement, limitation à un équipement (2 verres + 1 monture) tous les 24 mois. Le renouvellement anticipé sera éventuellement possible après un délai de 12 mois et uniquement en cas de changement de dioptrie (0.5) dans l'une des situations listées par l'arrêté du 3 décembre 2018 (évolution de la vue ou certaines pathologies). Pour les enfants de plus de 6 ans et jusqu'à 15 ans inclus, un équipement pourra être remboursé tous les ans. Pour les enfants de moins de 6 ans, le délai d'un an s'applique, sauf en cas de mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage où il sera ramené à 6 mois. Les délais s'entendent « par rapport à la date de délivrance du dernier dispositif concerné pour l'application de ce délai ». À noter : dans certaines situations, la prise en charge de deux équipements est autorisée : intolérance ou contre-indication aux verres progressifs ou multifocaux, amblyopie et/ou un strabisme nécessitant une pénalisation optique. Les conditions de renouvellement s'appliquent à chacun des équipements séparément. **Nota** - Délai de validité d'une prescription médicale pour des verres correcteurs : moins de 16 ans → 1 an ; de 16 à 42 ans → 5 ans ; plus de 42 ans → 3 ans ; pour des lentilles : moins de 16 ans → 1 an ; plus de 16 ans → 3 ans. En cas d'intervention préalable d'un autre organisme complémentaire, le montant de remboursement de la monture s'apprécie dans la limite du plafond du contrat responsable. **Prise en charge de deux équipements** : La prise en charge de deux équipements est autorisée en cas d'intolérance ou de contre-indication aux verres progressifs ou multifocaux, amblyopie et/ou un strabisme nécessitant une pénalisation optique sous réserve de mention sur l'ordonnance prescrite par l'ophtalmologiste. En cas de double prescription (vision de près et vision de loin) à la même date, les conditions et délais de renouvellement s'appliquent à chacun des équipements séparément. La délivrance d'un équipement avec des verres progressifs ou multifocaux en remplacement de deux équipements est permise lorsque la période devant s'écouler pour un renouvellement est échue pour chacun des deux équipements. **(5) tels que définis par la réglementation**. **(6) PLV** : Prix limite de vente tel que défini par la réglementation. **(7) Audioprothèse** : limitation à un équipement par oreille tous les 4 ans. La période s'entend à partir de la date d'achat du dernier équipement. La réglementation en vigueur plafonne le remboursement par oreille à 1 700 € (sécurité sociale + mutuelle) maximum. **(8) Prothèse 100 % Santé** : s'entend par les actes codés CMO, CTO CZO, ICO, PAO, PFO, PTO, RAO, RFO, RS0, SU0 des codes de regroupement de la CCAM dentaire. **(9) Soin dentaire** : s'entend par les actes codés AXI, END, INO, SDE des codes de regroupement de la CCAM dentaire. **(10) Prothèses dentaires ou Inlays** : s'entend par les actes codés BR1, PA1, PF1, PFC, PDT, RE1, SUI, PAM, PAR, RPN des codes de regroupement de la CCAM dentaire. **(11) Implants** : s'entend par les actes codés IMP des codes de regroupement de la CCAM dentaire. **(12) Parodontologie** : acte codé TDS en code de regroupement de la CCAM dentaire. **(13) Prothèses Diverses / Petit Appareillage** : hors dentaire et auditif.

Nota - non pris en charge tous les actes HN : Hors nomenclature

BRSS : Base de remboursement de la Sécurité Sociale – TM : Ticket modérateur - SS : Sécurité Sociale

COTISATIONS au 1^{er} JANVIER 2026

Cotisations mensuelles INDIVIDUELLES			
Tranche d'âge de cotisation	ESSENTIEL	CONFORT	PREMIUM
De 0 à 17 ans*	29.40 €	39.70 €	56.25 €
De 18 à 24 ans*	32.15 €	43.00 €	61.40 €
De 25 à 29 ans	38.45 €	50.60 €	73.20 €
De 30 à 34 ans	42.10 €	54.90 €	79.95 €
De 35 à 39 ans	46.10 €	59.45 €	87.25 €
De 40 à 44 ans	50.40 €	64.45 €	95.30 €
De 45 à 49 ans	55.10 €	69.95 €	104.05 €
De 50 à 54 ans	60.35 €	75.80 €	113.65 €
De 55 à 59 ans	66.00 €	82.20 €	124.10 €
De 60 à 64 ans	72.15 €	89.15 €	135.50 €
De 65 à 69 ans	79.00 €	96.65 €	147.95 €
De 70 à 74 ans	86.40 €	104.80 €	161.55 €
De 75 à 79 ans	94.50 €	113.65 €	176.40 €
80 ANS ET PLUS	103.40 €	123.25 €	192.70 €

*Gratuité à partir du 3^{ème} enfant cotisant dans ces tranches d'âges de cotisation et ayant un statut enfant

Nota – Le paiement de la cotisation mensuelle est affecté à la couverture des prestations assurées directement par la Mutuelle. Une part de cette cotisation est individuelle et forfaitaire selon les critères suivants :

- option à laquelle est rattaché le membre participant,
- bénéficiaires, tels que définis à l'article 6 des statuts pour lesquels le membre participant cotise.

A cette part, s'ajoutent :

- les cotisations spéciales destinées aux organismes supérieurs (Unions, Fédération) ou techniques de la Mutualité, cotisations dont le montant et les modalités de paiement sont fixés par les statuts ou règlements de ces organismes ;
- la participation spécifique du membre participant et de ses ayants droit couvrant le forfait journalier hospitalier dont le montant évolue en fonction du coût global de cette prestation ;
- les taxes diverses, telle que la Taxe sur les Conventions d'Assurance.

Les cotisations ainsi obtenues évoluent en fonction du bilan financier de chacune de leurs composantes (options de prestations, cotisations aux organismes supérieurs ou techniques, forfait journalier, etc.). Le cumul de ces composantes peut être si besoin arrondi.

Conformément à la réglementation en vigueur, 2 ratios, exprimés en pourcentage doivent être communiqués :

Le P/C : Ce ratio représente la part des cotisations ou primes collectées, hors taxes, par l'organisme assureur au titre de l'ensemble des garanties couvrant le remboursement ou l'indemnisation des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident, qui est utilisée pour le versement des prestations correspondant à ces garanties. **P/C au 30 septembre 2025 : 70.78 %**.

Les frais de gestion et d'acquisition : Ces frais de gestion recouvrent l'ensemble des sommes engagées pour concevoir les contrats, les commercialiser (dont le réseau commercial, le marketing, les commissions des intermédiaires), les souscrire (dont l'encaissement des cotisations, la gestion des résiliations, le suivi comptable et juridique) et les gérer (dont le remboursement, la gestion du tiers payant, l'information client, l'assistance, les services, les prestations complémentaires), c'est-à-dire accomplir toutes les tâches incombant à l'organisme assureur dans le respect des garanties contractuelles.

Ils s'élèvent à 13,45 % et 2,84 %, soit un total de 16,29 %.

SERVICES INCLUS DANS LA COTISATION

TIERS PAYANT GENERALISE sur l'ensemble du territoire français pour : pharmacies, laboratoires, auxiliaires médicaux, médecins généralistes, spécialistes, établissements hospitaliers, etc... géré intégralement par la mutuelle. (Pas de plateforme ni de transmission de vos données personnelles à des tiers)

TELETRANSMISSION : Ce système, étendu à tout le territoire français, permet de percevoir les remboursements de la Mutuelle 2 à 3 jours après ceux de la Sécurité Sociale.

Un « **ESPACE ADHERENT** » EN LIGNE et UNE APPLICATION pour Téléphone mobile « **MutuelleMPS** » permet de suivre les remboursements et les cotisations, de demander un changement administratif, de recevoir les décomptes sous format papier ou les obtenir en ligne.

« MA MUTUELLE ASSISTANCE » intervient :

- en cas d'hospitalisation, d'immobilisation au domicile, de traitement par radiothérapie ou chimiothérapie ou en cas de décès ;
- si un enfant est malade ou hospitalisé ;
- si la personne en charge de l'enfant est malade ;
- en cas de maternité ;
- pour une protection juridique santé ;
- des services spécifiques « Spécial Seniors » sont également proposés