

PRESTATIONS au 1^{er} JANVIER 2026 – Mutuelle de Village

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.

Nos prestations couvrent le TICKET MODERATEUR (TM) à 100 % en fonction de la base de remboursement de la Sécurité Sociale ainsi que des PRESTATIONS FORFAITAIRES selon l'option.	TM	PRESTATIONS FORFAITAIRES		
		B VILLAGE	C VILLAGE	D VILLAGE
ACTES ET SOINS COURANTS				
Pharmacie : médicaments et honoraires de dispensation remboursés par la Sécurité Sociale	100%			
Pharmacie : non remboursée, sur prescription médicale		100 € / an	160 € / an	250 € / an
Analyses médicales – Actes de laboratoires remboursés par la Sécurité Sociale	100%			
Analyses médicales – Actes de laboratoires non remboursés, sur prescription médicale		100 € / an	100 € / an	100 € / an
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 (médecin ayant adhéré à un dispositif de pratique tarifaire maitrisée) (par acte)	100%	5 €	10 €	15 €
Médecins généralistes NON OPTAM ou NON OPTAM-CO (par acte)	100%	5 € minoré de 20% sur la BRSS et plafonné à 100% de la BRSS	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 (médecin ayant adhéré à un dispositif de pratique tarifaire maitrisée) (par acte)	100%	10 €	20 €	40 €
Médecins spécialistes 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
Professeurs codifiés en C3 (1a) (médecin ayant adhéré à un dispositif de pratique tarifaire maitrisée) (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 maitrisée) (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 non remboursé par SS, 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 maitrisée) et/ou acte de chirurgie (ADC) et/ou acte d'anesthésie (ADA)		700 € / an	1000 € / an	1 600 € / an
Chambre particulière et/ou dépassements d'honoraires (1) et/ou soins ambulatoires (1) (médecins NON OPTAM ou NON OPTAM-CO)		700 € / an	1000 € / an	1600 € / an
		Forfaits minorés de 20% sur la BRSS et plafonné à 100% de la BRSS		

OPTIQUE (4)					
Equipement 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					
Equipement complet : Monture + 2 verres		200 €	300 €		
				100 €	
(5) Par verre	Monture			125 €	
	Verre simple (5)			175 €	
	Verre complexe (5)			225 €	
		Verre très complexe (5)			
Autres : Adaptation de la correction visuelle, appairage, verres avec filtres, autres suppléments (prisme, système anti-ptosis, verres lse-iconiques) (5)		100%			
Chirurgie oculaire au laser non prise en charge par la Sécurité Sociale			200 € / an	350 € / an	470 € / an
Lentilles prescrites, remboursées ou non par la Sécurité Sociale		100%	110 € / an	160 € / an	240 € / an
AUDIOPROTHESE					
Equipement 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 €	750 €
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 €	300 €
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%			
Prothèse dentaire, inlay, implant dentaire (10)(11)*		100%	300 €/an	700 €/an	1 200 €/an
Orthodontie remboursée ou non par la sécurité sociale		100%	150 € / an	300 € / an	600 € / an
Parodontologie (12)		100%	50 € / an	100 € / an	200 € / an
AUTRES					
Densitométrie osseuse		100%	40 € / an	50 € / an	60 € / an
Prothèse Diverse / Petit Appareillage (13) (accessoires, pansements, orthèses) prescrits et remboursés par la Sécurité Sociale (par an)		100%	160 € / an	400 € / an	700 € / 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 sa date de 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 ou non OPTAM-CO (médecin n'ayant pas adhéré à un dispositif 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, étio-pathe, mésothérapeute, naturopathe, hypnothérapeute. (3) **Hospitalisation (chambre particulières, dépassements d'honoraires, ADC, ADA)**. (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 ». A 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) **Prothèses 100 % Santé** : s'entend par les actes codés CMO, CTO, CZO, ICO, PAO, PFO, PTO, RAO, RFO, RSO, SUO 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 & 11) **Prothèse dentaire, INLAY ou implant** : s'entend par les actes codés BR1, IMP, PA1, PF1, PFC, PDT, RE1, SUI, PAM, PAR, RPN des codes de regroupement de la CCAM dentaire, accompagné de la facture acquittée. (12) **Parodontologie** : acte codé TDS en code de regroupement de la CCAM dentaire. (13) **Prothèse Diverse / 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

Pharmacie : forfait annuel pour les médicaments non remboursés par la Sécurité Sociale, sur prescription médicale uniquement.

Analyses médicales – Actes de laboratoire : forfait annuel pour les actes non remboursés par la Sécurité Sociale, sur prescription médicale uniquement.

Médecins généralistes Optam / Optam CO (1) en fonction de la codification de la Sécurité sociale : participation pour tout dépassement d'honoraires sur présentation du décompte Sécurité Sociale indiquant les frais engagés, ainsi que pour les actes techniques effectués par un médecin généraliste en cabinet. **Sont exclus** les dépassements pour les visites à domicile non reconnues par la Sécurité Sociale, les actes hors parcours de soins, les actes hors nomenclatures. Les actes non OPTAM ou non OPTAM-CO (médecin n'ayant pas adhéré à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée) 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.

Médecins Spécialistes Optam / Optam CO (1) en fonction de la codification de la Sécurité sociale : participation pour tout dépassement d'honoraires sur présentation du décompte Sécurité Sociale indiquant les frais engagés, ainsi que pour les actes techniques effectués en cabinet. **Sont exclus** les dépassements pour les visites à domicile non reconnues par la Sécurité Sociale, les actes hors parcours de soins, les actes hors nomenclatures. Les actes non OPTAM ou non OPTAM-CO (médecin n'ayant pas adhéré à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée) 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.

Professeurs reconnus comme tels par la Sécurité Sociale avec une codification « C3 » Optam / Optam CO (1) : participation pour tout dépassement d'honoraires sur présentation du décompte Sécurité Sociale indiquant les frais engagés, ainsi que pour les actes techniques effectués en cabinet. **Sont exclus** les dépassements pour les visites à domicile non reconnues par la Sécurité Sociale, les actes hors parcours de soins, les actes hors nomenclatures. Les actes non OPTAM ou non OPTAM-CO (médecin n'ayant pas adhéré à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée) 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.

Psychologues (1b) : dans le respect du parcours de soins, s'entend par les actes codes EEP, APS, PSS des codes de regroupement de la CCAM. Prise en charge du Ticket modérateur en intégralité. Des 3 ans et plus, sur adressage par le médecin traitant ou médecin implique dans la prise en charge (courrier). **Séances chez un psychologue conventionné dans le dispositif « Mon soutien PSY »** de 1 à 12 séances maximum par an (année civile) comprenant : 1 entretien d'évaluation (EEP) obligatoirement réalisé en présence du patient et jusqu'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.

Médecines douces (2) : forfait par séance avec un maximum de 3 par an tous spécialistes confondus, sur présentation de la facture du professionnel de santé pouvant intervenir pour ostéopathe, chiropracteur, acupuncteur, podologue, psychologue non pris en charge par la SS, diététicien, nutritionniste, ergothérapeute, psychomotricien, reflexologue, étioathe, mésothérapeute, naturopathe, hypnothérapeute.

Hospitalisation (3) - uniquement pour les établissements conventionnés et/ou en cabinet :

- **Forfait journalier hospitalier & Forfait Patient Urgence** : participation illimitée à l'exception des structures d'hébergement médico-social.
- **Hospitalisation (sauf long séjour) ou soins ambulatoires** : forfait annuel concernant les frais d'hospitalisation, pouvant comprendre la chambre particulière, les dépassements d'honoraires **Optam / Optam CO (1)**. Les actes non OPTAM ou non OPTAM-CO (médecin n'ayant pas adhéré à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée) 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, le lit d'accompagnement d'un parent dans un centre agréé spécialisé pour les enfants de moins de 12 ans. **Sont exclus** : tous autres frais (repas, télévision, téléphone...)

Optique (4) : sur prescription médicale uniquement et avec une prise en charge de la Sécurité Sociale, participation limitée à un équipement (2 verres + 1 monture) tous les 24 mois incluant le ticket modérateur, tels que définis par la réglementation. 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 ». **A 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.

Chirurgie oculaire au laser : forfait annuel pour une chirurgie non prise en charge par la Sécurité Sociale.

Lentilles : forfait annuel, sur présentation de la facture accompagnée de la prescription de l'ophtalmologiste valide. **Nota** : Délai de validité d'une prescription médicale pour des lentilles : moins de 16 ans → 1 an ; plus de 16 ans → 3 ans.

Audioprothèse (par oreille) (7) : limitation à un équipement par oreille tous les 4 ans après prise en charge de la Sécurité Sociale. 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.

Prothèse dentaire, inlay ou IMPLANT (8) (10) : forfait annuel sur présentation du décompte Sécurité Sociale indiquant les dépenses engagées ou de la notification de refus de cet organisme, accompagnée de la facture du praticien. **Prothèse 100 % Santé** : s'entend par les actes codés CMO, CT0 CZ0, IC0, PA0, PF0, PT0, RA0, RF0, RS0, SU0 des codes de regroupement de la CCAM dentaire. **Prothèses dentaires ou INLAY tarif libre** : s'entend par les actes codés BR1, PA1, PF1, PFC, PDT, RE1, SUI, PAM, PAR, RPN des codes de regroupement de la CCAM dentaire. **Implant dentaire (11)** : forfait annuel sur présentation de la facture acquittée du praticien. S'entend par les actes codés IMP des codes de regroupement de la CCAM dentaire.

Orthodontie : forfait annuel sur présentation du décompte Sécurité Sociale indiquant les dépenses engagées ou de la notification de refus de cet organisme, accompagnée de la facture du praticien. Le fait générateur du remboursement des soins d'orthodontie est la date de facturation, les semestres étant réglés par année civile.

Parodontologie : forfait annuel sur présentation de la facture du chirurgien-dentiste et du relevé de la Sécurité Sociale mentionnant sa prise en charge.

Densitométrie osseuse : forfait annuel sur présentation de la facture et de la prescription médicale.

Prothèse diverse et petit appareillage : forfait annuel, après acceptation de la Sécurité Sociale, hors dentaire et auditif. Il s'agit notamment de matériels d'aides à la vie ou nécessaires à certains traitements : pansements, orthèses, attelles, prothèses externes, fauteuils roulants, lits médicaux, béquilles... hors dentaire et auditif.

Cure : Forfait concernant les frais d’hébergement et de transports, sur présentation de justificatifs, une fois par an avec accord de prise en charge Sécurité Sociale.

Forfait accouchement (si inscription de l’enfant à la naissance au dossier) : après une période de carence obligatoire de 12 mois, sur présentation d’une fiche d’état civil portant filiation de l’enfant et d’un justificatif de prise en charge par un régime de protection sociale français par l’un des parents. En cas de naissances multiples, ce forfait est proportionnel au nombre d’enfants.

COTISATIONS MENSUELLES au 1^{er} JANVIER 2026

par personne	OPTION B	OPTION C	OPTION D
Enfant jusqu’à 18 ans (gratuité à partir du 3 ^{ème})	36.85 €	46.85 €	65.90 €
Moins de 30 ans	40.55 €	50.40 €	76.85 €
30 à moins de 50 ans	64.15 €	83.60 €	129.10 €
50 ans et plus	93.30 €	119.55 €	183.50 €

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 2.8 %, soit un total de 16.29.**

