

Extrait des garanties Santé - Surcomplémentaire Non Responsable - Cadres*

NATURE DES GARANTIES	MONTANT DES PRESTATIONS Sous déduction des remboursements de la Sécurité Sociale
HOSPITALISATION MÉDICALE, CHIRURGICALE ET MATERNITÉ	Cadres* - Surcomplémentaire non responsable
Hospitalisation Chirurgicale et Médicale - Frais de séjour et fournitures diverses	100% FR - Remboursement SS dans la limite de 500% BR
Hospitalisation Chirurgicale et Médicale - Honoraires OPTAM/OPTAM-CO	100% FR - Remboursement SS dans la limite de 500% BR
Hospitalisation Chirurgicale et Médicale - Honoraires hors OPTAM/OPTAM-CO	100% FR - Remboursement SS dans la limite de 500% BR
Forfait journalier hospitalier (1)	100% FR
Chambre particulière (y compris maternité) sans limitation de durée	5% du PMSS/J
Frais d'accompagnement (enfant - 18 ans)	2% du PMSS/J
Lit d'accompagnement	2% du PMSS/J
ACTES MÉDICAUX COURANTS	
Consultations et visites généralistes OPTAM/OPTAM-CO	250% BR
Consultations et visites généralistes hors OPTAM/OPTAM-CO	250% BR
Consultations et visites spécialistes OPTAM/OPTAM-CO	470% BR
Consultations et visites spécialistes hors OPTAM/OPTAM-CO	470% BR
Consultations ostéopathe, chiropracteur et étiopathe, acupuncture, pédicurie-podologie an / bénéficiaire	350€
Soins d'auxiliaires médicaux, Frais de déplacement, Frais d'analyses et de laboratoire	470% BR
Electroradiologie OPTAM/OPTAM-CO	470% BR
Electroradiologie hors OPTAM/OPTAM-CO	470% BR
Actes de spécialités OPTAM/OPTAM-CO	470% BR
Actes de spécialités HORS OPTAM/OPTAM-CO	470% BR
Frais de transport	500% BR
PHARMACIE	
Frais pharmaceutiques	100% BR
Pilule et patch contraceptif non remboursés par la S.S. (an/ bénéficiaire)	3% PMSS
DENTAIRE	
Soins et prothèse 100% santé	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 (3)	470% BR
Prothèses (paniers libre et maîtrisé) (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 / onlay remboursée par la S.S.	570% BR
Inlay / onlay non remboursée par la S.S.	370% BR
Dents du sourire remboursées par la S.S. (y compris prothèse sur implant) (5)	570% BR
Dents du sourire non remboursées par la S.S. (y compris prothèse sur implant)(5) ***	570% BR
Dents de fond de bouche remboursées par la S.S.(6) (y compris prothèse sur implant)	570% BR
Dents de fond de bouche non remboursées par la S.S. (y compris prothèse sur implant) (6) ***	570% BR
Orthodontie remboursée par la S.S.	500% BR
Orthodontie non remboursée par la S.S.	200% BR
Implants dentaires	22% PMSS / an / bénéficiaire
Pilier ou inlay core sur implant	12% PMSS / an / bénéficiaire

NATURE DES GARANTIES	MONTANT DES PRESTATIONS Sous déduction des remboursement de la Sécurité Sociale
AUTRES PROTHÈSES	Cadres* - Surcomplémentaire non responsable
Orthopédie et appareillage remboursées par la S.S.(2)	560% BR
Accessoires (2)	560% BR
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 100% santé	Prise en charge intégrale dans la limite du prix limite de vente (PLV)
Verres du panier libre	Voir Grille Optique
Monture du panier libre	8% PMSS
Prestation d'adaptation et d'appairage du panier libre	100% BR
Lentilles remboursées ou non par la S.S. (y.c. jetables) /an/bénéficiaire	13% PMSS / an / bénéficiaire
Chirurgie de la myopie (/œil/an/bénéficiaire)	20% PMSS / œil
PROTHÈSES AUDITIVES	
Equipement 100% santé **	Prise en charge intégrale dans la limite du prix limite de vente (PLV)
Prothèses auditives du panier libre / prise en charge plafond à hauteur du Prix Limite de Vente / 1 équipement par oreille tous les 4 ans	560% BR (Prise en charge maximum à hauteur du prix limite de vente)
MATERNITÉ - ADOPTION	
Indemnité forfaitaire (doublée en cas de naissance multiples)	22% PMSS
CURE THERMALE REMBOURSÉE PAR LA S.S	
Cures thermales	300% BR
PRÉVENTION	
Sevrage tabagique an/bénéficiaire	3% PMSS / an / bénéficiaire
Ostéodensitométrie	470% BR
ALLOCATION OBSEQUES	
Indemnité	100 % PMSS dans la limite des frais engagés

(*) 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.

(**) Dans la limite de 4 prothèses par an, au delà remboursement sur la base de 240% de la BR (***). Sur la base d'un SPR 30 OU HBLD418. (****) 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).

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. »

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 2026 : 4005 €

Grille Optique - Surcomplémentaire Non Responsable – Cadres*

FORFAIT PAR VERRE			
Verres simple foyer, sphériques :			
Verre simple	sphère comprise entre -6 à +6	A	220 Euros par verre
Verre complexe	sphère hors zone - 6 à +6	C	300 Euros par verre
Verres simple foyer, sphéro-cylindriques :			
Verre simple	sphère comprise entre -6 et 0 et cylindre <= +4	A	220 Euros par verre
Verre simple	sphère > 0 et sphère + cylindre <= +6	A	220 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
Verres multifocaux ou progressifs sphériques :			
Verre complexe	sphère comprise entre -4 à +4	C	300 Euros par verre
Verre très complexe	sphère hors zone de -4 à +4	F	320 Euros par verre
Verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques :			
Verre complexe	sphère comprise entre -8 et 0 et cylindre <= +4	C	340 Euros par verre
Verre complexe	sphère > 0 et sphère + cylindre <= +8	C	340 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
Equipement Mixte constitué de deux verres de catégories distinctes :			
Equipement Verre composé de catégories distinctes		B	2V+1M NON RESPONSABLE
Equipement Verre composé de catégories distinctes		D	2V+1M NON RESPONSABLE
Equipement Verre composé de catégories distinctes		E	2V+1M NON 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
 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

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.