

VOTRE GARANTIE FRAIS DE SANTÉ

Prestations garanties à compter du 1^{er} janvier 2026

Les niveaux d'indemnisation définis ci-dessous s'entendent y compris les prestations versées par la Sécurité sociale (ainsi que celles versées par le régime complémentaire de BASE s'agissant des options 1 et 2), dans la limite des frais réellement engagés par les bénéficiaires.

GARANTIES	BASE	OPTION 1	OPTION 2
HOSPITALISATION médicale, chirurgicale et maternité			
Frais de séjour			
Conventionnés	150% BR	200% BR	300% BR
Non conventionnés	100% BR	100% BR	100% BR
Honoraires			
Signataires DPTM			
Actes de chirurgie (ADC)	170% BR	220% BR	300% BR
Actes d'anesthésie (ADA)			
Actes d'obstétrique (ACO)			
Actes techniques médicaux (ATM)			
Non signataires DPTM			
Actes de chirurgie (ADC)	150% BR	200% BR	200% BR
Actes d'anesthésie (ADA)			
Actes d'obstétrique (ACO)			
Actes techniques médicaux (ATM)			
Honoraires non conventionnés	100% BR	100% BR	100% BR
Ambulances, véhicules sanitaires légers...	100% BR	100% BR	100% BR
Forfait Patient Urgences (FPU)	100% FR	100% FR	100% FR
Forfait journalier hospitalier	100% FR	100% FR	100% FR
Forfait actes lourds	100% FR	100% FR	100% FR
Chambre particulière par jour	100% FR	100% FR	100% FR
Conventionnée jour / nuit (avec nuité)	limité à 1,5% PMSS	limité à 2,25% PMSS	limité à 3% PMSS
Conventionnée de jour (sans nuité)	limité à 1,5% du PMSS	limité à 2,25% PMSS	limité à 3% PMSS
Non conventionnée	non couverte	non couverte	non couverte
Frais d'accompagnant par jour (*)	100% FR	100% FR	100% FR
Conventionné	limité à 1,5% PMSS / jour	limité à 2,25% PMSS / jour	limité à 3% PMSS / jour
Non conventionnée	non couvert	non couvert	non couvert

Sur la base des codes DMT (Discipline Médico Tarifaire), la prise en charge est exclue pour les séjours suivants : cures médicales en établissements de personnes âgées, ateliers thérapeutiques, instituts ou centres médicaux à caractère éducatif, psycho-pédagogique et professionnel, centres de rééducation professionnelle, services de longs séjours et établissements pour personnes âgées.

(*) Concernent uniquement les frais de repas et /ou d'hébergement, facturés en milieu hospitalier, maison des parents ou structure spécifique d'hébergement des malades et de leur famille, lors d'une hospitalisation avec nuitée(s) prise en charge au titre de la présente garantie.

VOTRE GARANTIE FRAIS DE SANTÉ suite

Prestations garanties à compter du 1^{er} janvier 2026



GARANTIES	BASE	OPTION 1	OPTION 2
SOINS COURANTS			
Honoraires médicaux			
Remboursés Ss			
Consultation - visites : Généralistes signataires d'un DPTM	100% BR	100% BR	170% BR
Consultation - visites : Généralistes non signataires d'un DPTM	100% BR	100% BR	150% BR
Consultation - visites : Spécialistes signataires d'un DPTM	170% BR	220% BR	220% BR
Consultation - visites : Spécialistes non signataires d'un DPTM	150%BR	200%BR	200%BR
Actes de petite chirurgie (ADC) et actes techniques médicaux (ATM) signataires d'un DPTM	100% BR	150% BR	170% BR
Actes de petite chirurgie (ADC) et actes techniques médicaux (ATM) non signataires d'un DPTM	100% BR	125% BR	150% BR
Radiologie, actes d'imagerie médicale (ADI) et actes d'échographie (ADE) signataires d'un DPTM	100% BR	150% BR	170% BR
Radiologie, actes d'imagerie médicale (ADI) et actes d'échographie (ADE) non signataires d'un DPTM	100% BR	125% BR	150% BR
Non remboursés Ss			
Médecine douce (*****) (acupuncture, ostéopathie, chiropractie, psychomotricien, diététicien, éthiopathie, psychologue)	25€/séance dans la limite de 2 séances par an/bénéficiaire	30€/séance dans la limite de 2 séances par an/bénéficiaire	50€/séance dans la limite de 2 séances par an/bénéficiaire
Médicaments Remboursés Ss	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Pharmacie (hors médicaments) Remboursés Ss	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Vaccins prescrits et non remboursés par la Sécurité sociale	25€ par an et par bénéficiaire	50€ par an et par bénéficiaire	100€ par an et par bénéficiaire
Analyses et examens de laboratoire - Analyses et examens de biologie médicale remboursés Ss	100% BR	100% BR	175% BR
Honoraires paramédicaux Auxiliaires médicaux (actes remboursés Ss)	100% BR	100% BR	150% BR
Psychologues (actes remboursés Ss)	100% BR	100% BR	100% BR

VOTRE GARANTIE FRAIS DE SANTÉ suite

Prestations garanties à compter du 1^{er} janvier 2026



GARANTIES	BASE	OPTION 1	OPTION 2
SOINS COURANTS suite			
Matériel médical - Orthopédie et autres prothèses ou appareillages remboursés Ss (hors capillaires, dentaires, auditifs et d'optique)	125% BR	150% BR	200% BR
Véhicule pour personne en situation de handicap : location courte durée (**)	Panier 100% santé	Panier 100% santé	Panier 100% santé
Prothèse capillaire 100% santé (**)	Panier 100% santé	Panier 100% santé	Panier 100% santé
Prothèse capillaire à tarif maîtrisé ou à tarif libre (**)	125% BR	150% BR	200% BR
Ambulances, véhicules sanitaires légers...	100% BR	100% BR	100% BR
Forfait actes lourds	100% FR	100% FR	100% FR

(**) Tel que défini réglementairement, dans le respect des honoraires limites de facturation fixés par la réglementation.

(****) : Non pris en charge par le Régime Obligatoire (sur présentation de l'original de la facture). Seules les séances effectuées et facturées par des médecins ou par des professionnels autorisés peuvent faire l'objet d'une prise en charge, sous réserve que la facture comporte le n°FINESS et/ou le n°ADELI et/ou le n°RPPS du professionnel concerné.

AIDES AUDITIVES

Aides auditives remboursées Ss, dans la limite d'un appareil par oreille par période de 4 ans suivant la date de délivrance de l'appareil précédent (ce délai s'entendant pour chaque oreille indépendamment) (****)	Equipements 100 % santé (**)	Equipements Libres (***)	Equipements 100 % santé (**)	Equipements Libres (***)	Equipements 100 % santé (**)	Equipements Libres (***)
	100% FR dans la limite des PLV	400 € par oreille (au minimum 100 % BR)	100% FR dans la limite des PLV	800 € par oreille (au minimum 100 % BR)	100% FR dans la limite des PLV	1 200 € par oreille (au minimum 100 % BR)
Piles et autres consommables ou accessoires remboursés Ss (*)	100% BR		100% BR		100% BR	

(*) Pour les piles, la garantie s'applique dans la limite du nombre annuel de paquets fixé par l'arrêté du 14.11.2018.

(**) Equipements de Classe I, tels que définis réglementairement.

(***) Equipements de Classe II, tels que définis réglementairement.

S'agissant des aides auditives comprises dans l'équipement libre (classe II), la prise en charge dans le cadre du présent régime s'effectue dans tous les cas dans la limite du plafond de remboursement prévu par la réglementation en vigueur du « contrat responsable » (soit 1700 € RSS inclus au 01.01.2021).

(****) Toutefois, jusqu'au 31.12.2020, un renouvellement anticipé de la prise en charge de l'aide auditive peut toutefois intervenir, sans préjudice de l'application des dispositions de l'article R 165-24 du code de la Sécurité sociale, si les conditions cumulatives suivantes sont satisfaites :

- période d'au moins deux ans écoulée suivant la date de délivrance de l'aide auditive précédente (ce délai s'entendant pour chaque oreille indépendamment),
- renouvellement sollicité pour une aide auditive hors d'usage, reconnue irréparable ou inadaptée à l'état du bénéficiaire.

DENTAIRE

Soins Soins dentaires conservateurs, chirurgicaux ou de prévention	100% BR		100% BR		100% BR	
Soins prothétiques et prothèses dentaires remboursées par la Ss	Panier 100% santé	Paniers maîtrisés (*) et libres	Panier 100% santé	Paniers maîtrisés (*) et libres	Panier 100% santé	Paniers maîtrisés (*) et libres
Dents du sourire (**) (incisives, canines, prémolaires)	100% des HLF selon matériau et position de la dent	225% BR	100% des HLF selon matériau et position de la dent	260% BR	100% des HLF selon matériau et position de la dent	295% BR
Dents de fond de bouche		150% BR		185% BR		220% BR
Inlays-core		125% BR		150% BR		200% BR
Inlays/onlays	Néant	125%BR	Néant	150%BR	Néant	175%BR
Orthodontie remboursée Ss	200% BR		300% BR		350% BR	
Orthodontie non remboursée Ss	Non couvert		Non couvert		250% BR	
Prothèses dentaires non remboursées Ss	250% BR		300% BR		350% BR	
Parodontologie	200€ par an et par bénéficiaire		300€ par an et par bénéficiaire		500€ par an et par bénéficiaire	
Implantologie	200€ par an et par bénéficiaire		300€ par an et par bénéficiaire		500€ par an et par bénéficiaire	

Les remboursements de la mutuelle :

- concernent les prothèses dentaires conformes aux conditions d'attribution de l'Assurance maladie obligatoire et inscrites à la nomenclature (CCAM),

- nécessitent la présentation d'un devis ou d'une facture détaillée établis par le professionnel de santé qui seront soumis à contrôle, réalisé par la cellule dentaire de la mutuelle.

(*) Tel que défini réglementairement, dans le respect des honoraires limites de facturation fixés par la réglementation.

(**) Dents du sourire : ce sont les Incisives - Canines - Prémolaires.

Ces dents correspondent aux numéros de dent : 11,12,13,14,15,21,22,23,24,25,31,32,33,34,35,41,42,43,44,45.

VOTRE GARANTIE FRAIS DE SANTÉ suite

Prestations garanties à compter du 1^{er} janvier 2026



GARANTIES	BASE		OPTION 1		OPTION 2	
OPTIQUE						
Equipements (1 monture / 2 verres) Verres et monture (***)	Equipements 100 % santé (*)	Equipements Libres (**)	Equipements 100 % santé (*)	Equipements Libres (**)	Equipements 100 % santé (*)	Equipements Libres (**)
	100% du PLV	Voir Grille Base	100% du PLV	Voir Grille Option 1	100% du PLV	Voir Grille Option 2
Prestations supplémentaires portant sur un équipement d'optique						
Prestation d'appairage pour des verres de classe A d'indices de réfraction différents (tous niveaux) (*)	100% FR dans la limite des PLV		100% FR dans la limite des PLV		100% FR dans la limite des PLV	
Supplément pour verres avec filtres de classe A (*)	100% FR dans la limite des PLV		100% FR dans la limite des PLV		100% FR dans la limite des PLV	
Supplément pour verres avec filtres de classe B	100 % BR dans la limite des PLV		100 % BR dans la limite des PLV		100 % BR dans la limite des PLV	
Prestation d'adaptation de la prescription médicale de verres correcteurs après réalisation d'un examen de la réfraction, en cas de renouvellement par l'opticien-lunetier d'une ordonnance pour des verres de classe A	100 % BR dans la limite des PLV		100 % BR dans la limite des PLV		100 % BR dans la limite des PLV	
Prestation d'adaptation de la prescription médicale de verres correcteurs après réalisation d'un examen de la réfraction, en cas de renouvellement par l'opticien-lunetier d'une ordonnance pour des verres de classe B	100 % BR dans la limite des PLV		10 € par adaptation (minimum 100 % BR) dans la limite des PLV		10 € par adaptation (minimum 100 % BR) dans la limite des PLV	
Autres suppléments pour verres de classe A ou B (prisme / système antipostopis / verres iséiconiques)	100 % BR		100 % BR		100 % BR	
Autres dispositifs médicaux d'optique						
Lentilles prescrites (acceptées, refusées, jetables)	3% PMSS par année civile, par bénéficiaire (au minimum 100 % BR pour les lentilles acceptées)		3% PMSS par année civile, par bénéficiaire (au minimum 100 % BR pour les lentilles acceptées)		6,5% PMSS par année civile, par bénéficiaire (au minimum 100 % BR pour les lentilles acceptées)	
Actes de chirurgie des yeux et/ou implants oculaires non pris en charge par le Régime Obligatoire (****)	400€ par œil, par an et par bénéficiaire		600€ par œil, par an et par bénéficiaire		800€ par œil, par an et par bénéficiaire	

(*) Equipements de classe A et prestations supplémentaires portant sur l'équipement de classe A pris en charge dans le cadre du « 100 % santé », tels que définis réglementairement, dans le respect des prix limites de vente et des plafonds fixés par la réglementation. Un équipement est composé de deux éléments, à savoir deux verres et une monture. Chaque élément d'un équipement étant pris en charge selon les conditions applicables à la classe à laquelle il appartient (100% Santé ou Tarif libre).

(**) Equipements de classe B, tels que définis réglementairement, dans le respect des prix limites de vente et des plafonds fixés par la réglementation. Un équipement est composé de deux éléments, à savoir deux verres et une monture. Chaque élément d'un équipement étant pris en charge selon les conditions applicables à la classe à laquelle il appartient (100% Santé ou Tarif libre).

(***) Conditions de renouvellement : Prise en charge limitée à un équipement par période de deux ans sauf en cas de renouvellement anticipé prévu à l'article L165-1 du code de la sécurité sociale, notamment pour les moins de 16 ans ou en cas d'évolution de la vue.

- Verres simples :

Verres unifocaux sphériques dont la sphère est comprise entre -6.00 et +6.00 dioptries,
Verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -6.00 et 0 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à +4.00 dioptries,
Verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S (sphère + cylindre) est inférieure ou égale à 6.00 dioptries.

- Verres complexes :

Verres unifocaux sphériques dont la sphère est hors zone de -6.00 à +6.00 dioptries,
Verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -6.00 et 0 dioptries et dont le cylindre est supérieur à +4.00 dioptries,
Verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est inférieure à -6.00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0.25 dioptrie,
Verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 6.00 dioptries,
Verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est comprise entre -4.00 et +4.00 dioptries,
Verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -8.00 et 0.00 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à +4.00 dioptries,
Verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est inférieure ou égale à 8.00 dioptries.

- Verres très complexes :

Verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est hors zone de -4.00 à +4.00 dioptries,
Verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -8.00 et 0.00 dioptries et dont le cylindre est supérieur à +4.00 dioptries,
Verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est inférieure à -8.00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0.25 dioptrie,
Verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 8.00 dioptries.

(****) : Ces actes de chirurgie (quelle que soit la technique utilisée) et/ou implants oculaires, doivent être destinés à corriger la myopie, l'astigmatisme, l'hypermétropie et/ou la presbytie, à stabiliser une perte d'acuité visuelle, ou à traiter les maladies des yeux.

VOTRE GARANTIE FRAIS DE SANTÉ suite

Prestations garanties à compter du 1^{er} janvier 2026



GARANTIES	BASE	OPTION 1	OPTION 2
ACTES DE PRÉVENTION			
Actes de prévention définis par la réglementation	100% BR	100% BR	100% BR
Substitut nicotinique	40€ par an et par bénéficiaire	60€ par an et par bénéficiaire	80€ par an et par bénéficiaire
ACTES DIVERS			
Ostéodensitométrie osseuse	40€ par an et par bénéficiaire	60€ par an et par bénéficiaire	80€ par an et par bénéficiaire
Cures thermales acceptées par la Ss	100€ par an et par bénéficiaire	200€ par an et par bénéficiaire	300€ par an et par bénéficiaire
Contraception remboursée ou non par la Ss	100€ par an et par bénéficiaire	200€ par an et par bénéficiaire	300€ par an et par bénéficiaire

CONDITIONS GENERALES DE PRISE EN CHARGE

- Les remboursements sont limités aux frais réels et sous réserve de prise en charge par le régime obligatoire (sauf mention contraire).
- Les taux du régime obligatoire et le total sont donnés à titre indicatif dans le cadre du respect du parcours de soins coordonnés au 01/01/2008.
- Le remboursement du régime obligatoire est énoncé avant :
 - déduction de la participation forfaitaire (visée à l'article L160-13 II du code de la sécurité sociale),
 - déduction des franchises médicales (visées à l'article L160-13 III du code de la sécurité sociale).
- La participation forfaitaire des actes supérieurs à 120 € est prise en charge par la mutuelle, ainsi que celle due lors d'un passage non programmé dans une structure des urgences d'un établissement de santé (Forfait Patient Urgence).
- Dans le cadre du hors parcours de soins coordonnés, la mutuelle ne prend pas en charge la majoration du ticket modérateur ni les dépassements d'honoraires.
- Les pourcentages indiqués s'appliquent au tarif de responsabilité ou à la base de remboursement de la sécurité sociale.

ABRÉVIATIONS :

Ss : Sécurité sociale

BR : Base de remboursement retenue par l'assurance maladie obligatoire pour déterminer le montant de son remboursement

BRR : Base de remboursement reconstituée

DPTM (Dispositifs de Pratique Tarifaire Maîtrisée) : OPTAM / OPTAM-CO

OPTAM : Option Pratique Tarifaire Maîtrisée

OPTAM-CO : Option Pratique Tarifaire Maîtrisée - Chirurgie-Obstétrique

€ : Euro

FR : Frais réels engagés par le bénéficiaire

HLF : Honoraires limites de facturation fixés selon la réglementation en vigueur à la date des soins effectués par le bénéficiaire

PLV : Prix limites de vente fixés selon la réglementation en vigueur à la date des soins effectués par le bénéficiaire

PMSS : Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale

RSS : Remboursement Sécurité Sociale = montant remboursé par l'assurance maladie obligatoire et calculé par application du taux de remboursement légal en vigueur à la base de remboursement

VOTRE GARANTIE FRAIS DE SANTÉ suite

Prestations garanties à compter du 1^{er} janvier 2026



Grilles Optiques (Sécurité sociale incluse)	BASE		OPTION 1		OPTION 2	
	CLASSE A	CLASSE B	CLASSE A	CLASSE B	CLASSE A	CLASSE B
UNIFOCAUX						
sphère de 0 à -/+2	100% PLV (*)	55,00 €	100% PLV	85,00 €	100% PLV	95,00 €
sphère de -2 à -4 ou de +2 à +4		55,00 €		85,00 €		95,00 €
sphère de -4 à -8 ou de +4 à +8		60,00 €		85,00 €		100,00 €
sphère < -8 ou > +8		75,00 €		90,00 €		110,00 €
cylindre ≤ +4 sphère de -2 à 0 ; sphère > 0 et S ≤ 2	100% PLV	65,00 €	100% PLV	85,00 €	100% PLV	105,00 €
cylindre ≤ +4 sphère de -4 à -2,25 ; sphère > 0 et 2 < S ≤ 4		65,00 €		85,00 €		105,00 €
cylindre ≤ +4 sphère de -8 à -4,25 ; sphère > 0 et 4 < S ≤ 8		70,00 €		90,00 €		110,00 €
cylindre ≤ +4 sphère < -8 ; sphère > 0 et 8 < S		80,00 €		95,00 €		115,00 €
cylindre > +4 sphère de -2 à 0	100% PLV	85,00 €	100% PLV	105,00 €	100% PLV	125,00 €
cylindre > +4 sphère de -4 à -2,25		85,00 €		105,00 €		125,00 €
cylindre > +4 sphère de -8 à -4,25		90,00 €		110,00 €		130,00 €
cylindre > +4 sphère < -8		95,00 €		115,00 €		135,00 €
MULTIFOCAUX ET PROGRESSIFS	CLASSE A	CLASSE B	CLASSE A	CLASSE B	CLASSE A	CLASSE B
sphère de 0 à -/+2	100% PLV	120,00 €	100% PLV	140,00 €	100% PLV	160,00 €
sphère de -2 à -4 ou de +2 à +4		120,00 €		140,00 €		160,00 €
sphère de -4 à -8 ou de +4 à +8		130,00 €		150,00 €		170,00 €
sphère < -8 ou > +8		130,00 €		150,00 €		170,00 €
cylindre ≤ +4 sphère de -2 à 0 ; sphère > 0 et S ≤ 2	100% PLV	145,00 €	100% PLV	165,00 €	100% PLV	185,00 €
cylindre ≤ +4 sphère de -4 à -2,25 ; sphère > 0 et 2 < S ≤ 4		145,00 €		165,00 €		185,00 €
cylindre ≤ +4 sphère de -8 à -4,25 ; sphère > 0 et 4 < S ≤ 8		150,00 €		170,00 €		190,00 €
cylindre ≤ +4 sphère < -8 ; sphère > 0 et 8 < S		155,00 €		175,00 €		195,00 €
cylindre > +4 sphère de -2 à 0	100% PLV	145,00 €	100% PLV	165,00 €	100% PLV	185,00 €
cylindre > +4 sphère de -4 à -2,25		145,00 €		165,00 €		185,00 €
cylindre > +4 sphère de -8 à -4,25		150,00 €		170,00 €		190,00 €
cylindre > +4 sphère < -8		155,00 €		175,00 €		195,00 €

VOTRE GARANTIE FRAIS DE SANTÉ suite

Prestations garanties à compter du 1^{er} janvier 2026



Grilles Optiques (Sécurité sociale incluse)	BASE		OPTION 1		OPTION 2	
	CLASSE A	CLASSE B	CLASSE A	CLASSE B	CLASSE A	CLASSE B
MONTURES ET AUTRES LPP						
Verre neutre	100% PLV	55,00 €	100% PLV	85,00 €	100% PLV	95,00 €
Monture		100,00 €		100,00 €		100,00 €
Supplément monture Enfant de moins de 6 ans		-		-		-
SUPPLÉMENTS						
Prisme incorporé adulte	100 % BR		100 % BR		100 % BR	
Prisme incorporé enfant						
Prisme souple enfant moins de 6 ans						
Antiptosis Adulte						
Antiptosis Enfant						
Iséiconiques Adulte						
Iséiconiques Enfant						
Filtre teinté						
Filtre ultraviolet moins de 18 ans						
Filtre occlusion partielle moins de 6 ans						
Adaptation verres de classe A						
Adaptation verres de classe B	-		10 € par adaptation		10 € par adaptation	
Appairage niveau 1	100 % BR		100 % BR		100 % BR	
Appairage niveau 2						
Appairage niveau 3						

* **PLV** : Prix Limite de vente conformément au 100% santé
S = Cylindre + Sphère

TAUX DE COTISATIONS DU RÉGIME FRAIS DE SANTÉ

Cotisations en vigueur au 1^{er} janvier 2026

En % du PMSS

		ACTIFS			
	Garantie obligatoire Entreprise	Garantie Assuré	Salarié	Conjoint	Enfant*
Régime général	base		1,67%	1,67%	0,71%
		option 1	0,26%	0,29%	0,16%
		option 2	0,59%	0,66%	0,32%
	base + option 1		1,89%	1,92%	0,86%
		option 2	0,33%	0,39%	0,14%
	base + option 2		2,16%	2,21%	0,97%
Régime local	Base		1,13%	1,13%	0,46%
		option 1	0,26%	0,29%	0,16%
		option 2	0,59%	0,66%	0,32%
	base + option 1		1,37%	1,38%	0,61%
		option 2	0,33%	0,39%	0,14%
	base + option 2		1,63%	1,67%	0,72%

		ENTRÉES EVIN APRES JUIN 2017**				
	Garantie	Ancien salarié Année 1	Ancien salarié Année 2	Ancien salarié Année 3 et suivantes	Conjoint	Enfant*
Régime général	base	1,67%	2,09%	2,50%	2,50%	0,71%
	base + option 1	1,89%	2,36%	2,85%	2,86%	0,86%
	base + option 2	2,16%	2,70%	3,24%	3,32%	0,97%
Régime local	base	1,13%	1,42%	1,70%	1,70%	0,46%
	base + option 1	1,37%	1,70%	2,04%	2,07%	0,61%
	base + option 2	1,63%	2,03%	2,43%	2,50%	0,72%

* Gratuité à compter du 3^e enfant

** Retraités ou pré-retraités ou anciens salariés bénéficiaires d'une rente d'incapacité ou d'invalidité ou d'un revenu de remplacement ou anciens salariés post portabilité ANI ou ayants-droit d'un salarié décédé. Les cotisations à la charge des ayants-droit d'un salarié décédé sont identiques à celles de l'ancien salarié pour le conjoint et restent inchangées pour l'enfant.

► Harmonie Mutuelle, assureur, gestionnaire et distributeur :

Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la mutualité, immatriculée au répertoire Sirene sous le numéro Siren 538 518 473, LEI n° 969500JLU5ZH89G4TD57.
Siège social : 143, rue Blomet 75015 Paris.