

VOTRE GARANTIE FRAIS DE SANTÉ

Prestations en vigueur à compter du 1^{er} janvier 2026
(sous réserve de la parution de l'arrêté d'agrément au Journal Officiel)

NATURE DES FRAIS	REMBOURSEMENTS - Les montants des prestations sont exprimés y compris les remboursements de la Sécurité sociale		
	BASE 1	BASE 2	BASE 3
HOSPITALISATION MÉDICALE ET CHIRURGICALE			
Honoraires Chirurgie - Hospitalisation (y compris maternité)			
Conventionnée - Frais de séjour	100% BR	125% BR	250% BR
Conventionnée - Honoraires OPTAM/ OPTAM-ACO (*)	100% BR	150% BR	250% BR
Conventionnée - Honoraires hors OPTAM/ OPTAM-ACO (*)	100% BR	130% BR	200% BR
Non conventionnées - Honoraires	100% BR	100% BR	100% BR
Forfait journalier hospitalier	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Forfait Patient Urgences (FPU)	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Forfait actes lourds	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Chambre particulière (y compris maternité)			
Chambre (avec nuitée) - Conventionnée	1,25% PMSS / Jour	1,50% PMSS / Jour	2% PMSS / Jour
Chambre en ambulatoire (sans nuitée) - Conventionnée	0,50% PMSS / Jour	0,75% PMSS / Jour	1% PMSS / Jour
Pour personne accompagnante - Conventionnée	Non couverte	1,50% PMSS / Jour	2% PMSS / Jour
SOINS COURANTS			
Honoraires Chirurgie - Hospitalisation (y compris maternité)			
Consultations - Visites Généralistes OPTAM (*)	100% BR	100% BR	100% BR
Consultations - Visites Généralistes hors OPTAM (*)	100% BR	100% BR	100% BR
Consultations - Visites Spécialiste OPTAM (*)	100% BR	140% BR	250% BR
Consultations - Visites Spécialiste hors OPTAM (*)	100% BR	120% BR	200% BR
Actes techniques médicaux (petite chirurgie) OPTAM/OPTAM-ACO (*)	100% BR	140% BR	170% BR
Actes techniques médicaux (petite chirurgie) hors OPTAM/OPTAM-ACO (*)	100% BR	120% BR	150% BR
Actes d'échographie OPTAM/OPTAM-CO (*)	100% BR	120% BR	170% BR
Actes d'échographie hors OPTAM/OPTAM-ACO (*)	100% BR	100% BR	150% BR
Radiologie OPTAM (*)	100% BR	120% BR	170% BR
Radiologie hors OPTAM (*)	100% BR	100% BR	150% BR
Sages-femmes	100% BR	100% BR	100% BR
Honoraires paramédicaux			
Auxiliaires médicaux	100% BR	100% BR	100% BR
Analyses et examens de laboratoire			
Analyses - actes de laboratoire	100% BR	100% BR	100% BR

VOTRE GARANTIE FRAIS DE SANTÉ suite

Prestations en vigueur à compter du 1^{er} janvier 2026



NATURE DES FRAIS	REMBOURSEMENTS - Les montants des prestations sont exprimés y compris les remboursements de la Sécurité sociale		
	BASE 1	BASE 2	BASE 3
SOINS COURANTS suite			
Transport			
Médicaments – Pharmacie			
Médicament remboursé à 65% par la SS	100% BR	100% BR	100% BR
Médicament remboursé à 30% par la SS	100% BR	100% BR	100% BR
Médicament remboursé à 15% par la SS	RSS	100% BR	100% BR
Honoraires de pharmacie remboursés par la SS	100% BR	100% BR	100% BR
Vaccins remboursés par la SS	100% BR	100% BR	100% BR
Vaccins non remboursés par la SS	Non couverte	25 €/an/bénéficiaire	75 €/an/bénéficiaire
Transport accepté par la SS	100% BR	100% BR	100% BR
Matériel médical			
Orthopédie, petit et grand appareillage et autres prothèses remboursés par la SS (hors auditifs, dentaires et optiques)	100% BR	130% BR	250% BR
Véhicule pour personne en situation de handicap : location courte durée (**)	100 % santé	100 % santé	100 % santé
Prothèse capillaire 100 % santé (**)	100 % santé	100 % santé	100 % santé
Prothèse capillaire à tarif maîtrisé ou à tarif libre (**)	100% BR	130% BR	250% BR
Psychothérapie			
Séances de psychologues remboursées par la SS dans la limite de 8 séances par année civile et par bénéficiaire	100% BR	100% BR	100% BR
MÉDECINE DOUCE ET PRÉVENTION			
Médecines douces reconnus comme praticiens par les annuaires professionnels (sous réserve que la facture comporte le n° FINESS et/ou le n° ADELI et/ou le n° RPPS du professionnel concerné). Liste des praticiens pris en charge : Consultations psychologues, ostéopathie, chiropractie, microkinésithérapie, étiopathie, acupuncture, réflexologie, sophrologie, pédicure/podologue, équilibre alimentaire - diététique et séances de psychomotricité	Non couverte	3 séances max - 25 €/an /bénéficiaire	3 séances max - 50€/an / bénéficiaire
Prévention : Tous les actes des contrats responsables	100% BR	100% BR	100% BR
Ostéodensitométrie osseuse non remboursée SS	Non couverte	Non couverte	50 € / an / bénéficiaire
Patch anti-tabac non remboursé SS	Non couverte	Non couverte	200 € / an / bénéficiaire
CURES THERMALES			
Cures thermales remboursées par la SS	RSS	RSS	RSS + 200 € / an / bénéficiaire

BR : Base de remboursement de la Sécurité sociale - **PLV** : Prix limite de vente - **HLF** : Honoraires Limites de Facturation

RSS : Remboursement Sécurité sociale - **TM** : Ticket Modérateur - **SS** : Sécurité sociale

PMSS : Plafond mensuel de la Sécurité sociale, valeur fixée au 01/01 de chaque année (www.pmss.fr)

(*) OPTAM / OPTAM-ACO » : Option Pratique Tarifaire Maîtrisée/ Option Pratique Tarifaire Maîtrisée – Anesthésie, Chirurgie et Obstétrique.

Le remboursement par l'organisme assureur des dépassements tarifaires sur les consultations et les actes des médecins, distingue ceux des médecins ayant adhéré aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée (Option de Pratique Tarifaire Maîtrisée, Option de Pratique Tarifaire Maîtrisée des Anesthésistes, des Chirurgiens et gynécologues-Obstétriciens) prévus par la Convention nationale du 25/08/2016, applicable aux médecins libéraux de ceux des médecins non adhérents. L'organisme assureur ne couvre les dépassements d'honoraires qu'en cas de respect du parcours de soins coordonnés.

(**) Tel que défini réglementairement, dans le respect des prix limites de vente et des plafonds fixés par la réglementation

VOTRE GARANTIE FRAIS DE SANTÉ suite

Prestations en vigueur à compter du 1^{er} janvier 2026



NATURE DES FRAIS	REMBOURSEMENTS - Les montants des prestations sont exprimés y compris les remboursements de la Sécurité sociale					
	BASE 1		BASE 2		BASE 3	
AIDES AUDITIVES						
Classe I : équipements entrant dans le panier 100% santé	Classe I⁽¹⁾	Classe II⁽²⁾	Classe I⁽¹⁾	Classe II⁽²⁾	Classe I⁽¹⁾	Classe II⁽²⁾
Classe II : équipements hors panier 100% santé						
Aide Auditive⁽³⁾ pour les bénéficiaires de 20 ans et moins ou atteint de cécité	100% PLV	100% BR	100% PLV	100% BR	100% PLV	RSS + 860€/oreille
Aide Auditive⁽³⁾ pour les bénéficiaires de plus de 20 ans	100% PLV	100% BR	100% PLV	RSS+250€/oreille	100% PLV	RSS + 1000€/oreille
Piles et autres consommables ou accessoires remboursés par la SS (dans les limites fixées réglementairement)	100% BR		100% BR		100% BR	
DENTAIRE						
Soins						
Soins dentaires	100% BR		100% BR		100% BR	
Onlays – Inlays du panier maîtrisé dans la limite des HLF et du panier libre	100% BR		130% BR		250% BR	
Soins et prothèses 100% santé⁽⁴⁾	100% HLF		100% HLF		100% HLF	
Prothèses panier maîtrisé⁽⁴⁾ et panier libre⁽⁴⁾	Panier maîtrisé	Panier libre	Panier maîtrisé	Panier libre	Panier maîtrisé	Panier libre
Prothèses fixes ou amovibles remboursées par la Sécurité sociale y compris couronne sur implant⁽⁵⁾	Plafond global 500 € / an / bénéficiaire		Plafond global 1000 € / an / bénéficiaire		Plafond global 1500 € / an / bénéficiaire	
- Remboursées SS : dents du sourire (incisive, canine, prémolaire)	200% BR	200% BR	350% BR	200% BR	450% BR	450% BR
- Remboursées SS : dents de fond de bouche (molaire)	200% BR	200% BR	300% BR	200% BR	350% BR	350% BR
- Inlays-cores	125% BR	125% BR	150% BR	125% BR	200% BR	200% BR
Autres actes dentaires						
Orthodontie acceptée par la SS	125% BR		200% BR		350% BR	
Orthodontie refusée par la SS	Non couverte		300€/semestre de soins		500€/semestre de soins	
Prothèses dentaires non remboursées	Non couverte		500€/dent x2/an		750€/dent x2/an	
Parodontologie non remboursée SS	Non couverte		500€/séance x2/an		750€/séance x2/an	
Implantologie non remboursée SS	Non couverte		500€/dent x2/an		750€/dent x2/an	

(1) Telle que définie réglementairement.

(2) Telle que définie réglementairement. Le remboursement de la classe II est réglementairement plafonné à 1700 € /oreille. Prise en charge minimale telle que prévu par le cahier des charges des contrats responsables : 100% TM.

(3) Le remboursement est limité à l'achat d'une aide auditive par oreille, par période de 4 ans suivant la date de délivrance de l'aide auditive précédente (ce délai s'entendant pour chaque oreille indépendamment).

(4) tels que définis réglementairement. Les garanties du panier 100% santé et du panier maîtrisé s'entendent dans la limite des HLF.

(5) le remboursement s'entend pour l'ensemble du poste Prothèses dentaires fixes ou amovibles remboursées dans la limite du plafond indiqué par an et par bénéficiaire, au-delà le remboursement devra respecter le minimum du panier de soins : 125% BR.

VOTRE GARANTIE FRAIS DE SANTÉ suite

Prestations en vigueur à compter du 1^{er} janvier 2026



NATURE DES FRAIS	REMBOURSEMENTS - Les montants des prestations sont exprimés y compris les remboursements de la Sécurité sociale					
	BASE 1		BASE 2		BASE 3	
OPTIQUE						
Classe A : équipements⁽⁶⁾ entrant dans le panier 100% santé	Classe A	Classe B	Classe A	Classe B	Classe A	Classe B
Classe B : équipements⁽⁶⁾ hors panier 100% santé						
Monture	100% PLV	Grille optique base 1	100% PLV	Grille optique base 2	100% PLV	Grille optique base 3
Verres						
Prestation d'adaptation et d'appairage pour des verres de classe A d'indice de réfraction différents ainsi que le supplément pour les verres avec filtre de classe A	Prise en charge intégrale dans la limite des PLV		Prise en charge intégrale dans la limite des PLV		Prise en charge intégrale 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		100% BR		100% BR	
Autres suppléments pour verres de classe A ou B (prisme / système antiptosis / verres iséïconiques)	100% BR		100% BR		100% BR	
Autres prestations						
Lentilles ⁽⁷⁾ (acceptées, refusée et jetables)	RSS + 50 € / an / bénéficiaire		RSS + 100 € / an / bénéficiaire		RSS + 250 € / an / bénéficiaire	
Chirurgie réfractive non remboursée SS	Non couverte		500€/œil/an		1000€/œil/an	

(6) Tels que définis réglementairement et limité à :

- Un équipement complet (1 monture + 2 verres) tous les 6 mois par bénéficiaire 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, à partir de la date de facturation selon réglementation en vigueur. Dans les autres cas, le délai d'un an mentionné à l'alinéa suivant s'applique.
- Un équipement complet (1 monture + 2 verres) tous les ans par bénéficiaire de moins de 16 ans à partir de la date de facturation.
- Un équipement complet (1 monture + 2 verres) tous les 2 ans par bénéficiaire de 16 ans et plus à partir de la date de facturation et par dérogation, tous les ans en cas d'évolution de la vue.

Il est prévu par voie réglementaire d'autres cas dérogatoires aux périodes mentionnées ci-dessus pour l'achat de verres uniquement lorsque l'évolution de la vue est liée à des situations médicales particulières.

(7) Pour les lentilles remboursées par la sécurité sociale, après épuisement du forfait : prise en charge de 100% du TM.

VOTRE GARANTIE FRAIS DE SANTÉ suite

Prestations en vigueur à compter du 1^{er} janvier 2026



GRILLE OPTIQUE		BASE 1		BASE 2		BASE 3	
		ENFANT	ADULTE	ENFANT	ADULTE	ENFANT	ADULTE
VU1	Verres unifocaux sphériques dont la sphère est comprise entre -6,00 et + 6,00 dioptries	50,00 €	65,00 €	50,00 €	70,00 €	60,00 €	90,00 €
VU2	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	60,00 €	70,00 €	60,00 €	80,00 €	70,00 €	100,00 €
VU3	Verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S (sphère + cylindre) est inférieure ou égale à 6,00 dioptries	60,00 €	75,00 €	60,00 €	85,00 €	75,00 €	100,00 €
VU4	Verres unifocaux sphériques dont la sphère est hors zone de -6,00 à + 6,00 dioptries	75,00 €	80,00 €	75,00 €	85,00 €	80,00 €	100,00 €
VU5	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	75,00 €	90,00 €	75,00 €	90,00 €	90,00 €	110,00 €
VU6	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	75,00 €	90,00 €	75,00 €	95,00 €	90,00 €	120,00 €
VU7	Verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 6,00 dioptries	80,00 €	100,00 €	80,00 €	110,00 €	100,00 €	130,00 €
VM1	Verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est comprise entre -4,00 et + 4,00 dioptries	80,00 €	80,00 €	90,00 €	110,00 €	110,00 €	175,00 €
VM2	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	90,00 €	100,00 €	100,00 €	110,00 €	120,00 €	185,00 €
VM3	Verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est inférieure ou égale à 8,00 dioptries	90,00 €	100,00 €	100,00 €	130,00 €	120,00 €	185,00 €
VM4	Verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est hors zone de -4,00 à + 4,00 dioptries	100,00 €	100,00 €	110,00 €	135,00 €	130,00 €	200,00 €
VM5	Verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -8,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries	100,00 €	100,00 €	110,00 €	135,00 €	130,00 €	200,00 €
VM6	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	110,00 €	110,00 €	115,00 €	140,00 €	140,00 €	210,00 €
VM7	Verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 8,00 dioptries	110,00 €	110,00 €	115,00 €	140,00 €	140,00 €	210,00 €
MONTURES		70,00 €	80,00 €	70,00 €	100,00 €	100,00 €	100,00 €

Dans la grille Optique, les remboursements s'entendent par verre.

TAUX DE COTISATIONS DU RÉGIME FRAIS DE SANTÉ

Cotisations en vigueur à compter du 1^{er} janvier 2026

(En % du PMSS - Plafond Mensuel de la Sécurité sociale)

L'employeur doit souscrire la base conventionnelle obligatoire (Base 1), il peut aussi choisir de renforcer les garanties par l'adhésion à une option pour l'ensemble des salariés (Base 2 ou Base 3). Le salarié a la possibilité d'étendre à ses ayants droit et/ou améliorer sa garantie selon le choix fait par l'employeur.

RÉGIME GÉNÉRAL	BASE 1 obligatoire	BASE 2 obligatoire	BASE 3 obligatoire	Garanties optionnelles facultatives pour le salarié		
				Différentiel par rapport à BASE 1		Différentiel par rapport à BASE 2
				BASE 2 - BASE 1	BASE 3 - BASE 1	BASE 3 - BASE 2
Salarié	1,10%	1,66%	2,39%	0,78%	1,56%	0,77%
Conjoint facultatif	1,22%	1,78%	2,51%	0,78%	1,56%	0,77%
Enfant facultatif	0,69%	1,05%	1,53%	0,50%	1,02%	0,50%

RÉGIME LOCAL	BASE 1 obligatoire	BASE 2 obligatoire	BASE 3 obligatoire	Différentiel par rapport à BASE 1		
				Différentiel par rapport à BASE 1		Différentiel par rapport à BASE 2
				BASE 2 - BASE 1	BASE 3 - BASE 1	BASE 3 - BASE 2
Salarié	0,64%	1,29%	1,97%	0,78%	1,56%	0,77%
Conjoint facultatif	0,83%	1,43%	2,10%	0,78%	1,56%	0,77%
Enfant facultatif	0,48%	0,87%	1,30%	0,50%	1,02%	0,50%

► **MGEN :**

Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la mutualité enregistrée sous le numéro SIREN 775 685 399. LEI 9695002XFD-DIA8FN1325.
Siège social : 3, square Max-Hymans - 75748 Paris Cedex 15.

► **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.