

VOTRE GARANTIE FRAIS DE SANTÉ

Prestations en vigueur au 1^{er} janvier 2026

Les prestations s'inscrivent dans le cadre de la réglementation fiscale et sociale des « contrats responsables », par référence aux articles L. 871-1, R. 871-1 et R. 871-2 du Code de la Sécurité sociale et à l'ensemble de ses textes d'application.

Les remboursements indiqués s'entendent y compris remboursement de la Sécurité sociale, dès lors qu'elle intervient.
Dans tous les cas, les prestations sont versées dans la limite des frais réellement engagés et de :

NATURE DES FRAIS	BASE	SURCOMPLÉMENTAIRE (Y COMPRIS BASE)
HOSPITALISATION⁽¹⁾ en établissement conventionné ou non		
Frais de séjour		
En établissement conventionné	100 % BR	100 % FR
En établissement non conventionné	100 % BR	100 % BR
Honoraires		
Praticien adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	180 % BR	220 % BR
Praticien non adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	160 % BR	200 % BR
Forfait journalier hospitalier ⁽²⁾ - Non remboursé par la SS	100 % DE sans limitation de durée	100 % DE sans limitation de durée
Chambre particulière ⁽³⁾ y compris maternité - Non remboursée par la SS - Par nuitée ou par jour	1,3 % PMSS	2,5 % PMSS
Lit d'accompagnant ⁽³⁾ - Non remboursé par la SS - Bénéficiaire dont l'âge est < à 16 ans - Par nuitée	1,3 % PMSS	2,5 % PMSS
Participation forfaitaire de l'assuré sur les actes techniques	100 % DE sans limitation de durée	100 % DE sans limitation de durée
SOINS COURANTS auprès d'un professionnel conventionné ou non		
Honoraires médicaux		
Consultation / visite / consultation en ligne chez un généraliste		
Adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	150 % BR	180 % BR
Non adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	130 % BR	160 % BR
Consultation / visite / consultation en ligne chez un spécialiste		
Adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	180 % BR	220 % BR
Non adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	160 % BR	200 % BR
Actes techniques médicaux		
Adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	180 % BR	220 % BR
Non adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	160 % BR	200 % BR
Actes d'imagerie médicale		
Adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	150 % BR	180 % BR
Non adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	130 % BR	160 % BR
Honoraires paramédicaux		
Auxiliaires médicaux	100 % BR	150 % BR
Analyses et examens de laboratoire	100 % BR	150 % BR
Matériel médical		
Appareillage et prothèses médicales, hors aides auditives et optique	100 % BR	210 % BR
Véhicule pour personne en situation de handicap : location courte durée	Sans reste à payer	Sans reste à payer
Prothèse capillaire 100% santé	Sans reste à payer	Sans reste à payer
Prothèse capillaire à tarif maîtrisé ou à tarif libre	100 % BR	210 % BR
Frais de transport sanitaire		
Ambulance, taxi conventionné - hors SMUR ⁽⁴⁾	100 % BR	150 % BR

VOTRE GARANTIE FRAIS DE SANTÉ suite

Prestations en vigueur au 1^{er} janvier 2026



Les remboursements indiqués s'entendent y compris remboursement de la Sécurité sociale, dès lors qu'elle intervient.
Dans tous les cas, les prestations sont versées dans la limite des frais réellement engagés et de :

NATURE DES FRAIS	BASE	SURCOMPLÉMENTAIRE (Y COMPRIS BASE)
SOINS COURANTS suite		
Médicaments		
Remboursés par la SS	100 % BR	100 % BR
AIDES AUDITIVES		
Renouvellement par appareil tous les 4 ans		
Équipement « 100 % santé ** » - Classe I ****	Sans reste à payer ⁽⁶⁾	Sans reste à payer ⁽⁶⁾
Équipement autre que « 100 % santé » - Classe II**** Limité à 1 700 € TTC par aide auditive (hors accessoires) y compris le remboursement de la SS	100 % BR	100 % BR + 300 € par oreille et par bénéficiaire
OPTIQUE ⁽⁷⁾		
Renouvellement par équipement (monture + verres) tous les 2 ans à compter du 16^e anniversaire (hors situation médicale particulière pour les verres)		
Équipement « 100 % santé ** » - Classe A ***	Sans reste à payer ⁽⁶⁾	Sans reste à payer ⁽⁶⁾
Équipement autre que « 100 % santé »		
Par verre simple - Par bénéficiaire *****	70 €	90 €
Par verre complexe - Par bénéficiaire *****	150 €	180 €
Par verre très complexe - Par bénéficiaire *****	200 €	250 €
Par monture de lunettes - Par bénéficiaire dont l'âge est ≥ 16 ans*****	70 €	90 €
Par monture de lunettes - Par bénéficiaire dont l'âge est < 16 ans*****	50 €	70 €
Prestation d'adaptation des verres de classe A ou B par l'opticien	100% BR	100% BR
Suppléments pour les équipements de classe B⁽⁸⁾	100% BR	100% BR
Lentilles		
Lentilles prescrites remboursées par la SS - par an et par bénéficiaire	100 % BR + 100 €	100 % BR + 150 €
Lentilles prescrites, y compris jetables, non remboursées par la SS	100 €	150 €
Chirurgie optique réfractive - Par an et par bénéficiaire	-	300 €
DENTAIRE		
Soins et prothèses « 100 % santé ** »	Sans reste à payer⁽⁵⁾	Sans reste à payer⁽⁵⁾
Soins		
Soins conservateurs, endodontie, prophylaxie bucco-dentaire, parodontologie	100 % BR	100 % BR
Parodontologie non remboursée par la SS - par an et par bénéficiaire	-	100 € / an
Prothèses autres que « 100 % santé »		
Prothèses dentaires à tarifs modérés remboursées par la SS (couronne transitoire, inlay-core, couronne définitive, bridge, prothèse amovible ou réparation)	280 % BR	350 % BR
Prothèses dentaires à tarifs libres remboursées par la SS (couronne transitoire, inlay-core, couronne définitive, bridge, geste complémentaire, prothèse amovible ou réparation)	280 % BR	350 % BR
Prothèses dentaires non remboursées par la SS (couronnes et piliers de bridges sur dents non délabrées (vivantes)) - par acte, limité à 3 actes par an et par bénéficiaire	-	120 €
Inlay/onlay remboursés par la SS	125 % BR	280 % BR
Implantologie		
Par implant ; maximum 3 implants / an / bénéficiaire	300 €	400 €
Orthodontie		
Remboursée par la SS - par semestre de traitement et par bénéficiaire	230 % BR	300 % BR

VOTRE GARANTIE FRAIS DE SANTÉ suite

Prestations en vigueur au 1^{er} janvier 2026



Les remboursements indiqués s'entendent y compris remboursement de la Sécurité sociale, dès lors qu'elle intervient. Dans tous les cas, les prestations sont versées dans la limite des frais réellement engagés et de :

NATURE DES FRAIS	BASE	SURCOMPLÉMENTAIRE (Y COMPRIS BASE)
CURE THERMALE		
Honoraires, forfaits de surveillance médicale et thermale	100 % BR	100 % BR
Forfait transport et hébergement thermal - Forfait global annuel pour cures thermales prises en charge par la SS - Par an et par bénéficiaire	-	100 €
MÉDECINE ADDITIONNELLE ET DE PRÉVENTION Sur présentation d'une facture originale établie par le professionnel		
Médecine douce (Ostéopathe, homéopathe, chiropracteur) Par consultation et par bénéficiaire dans la limite de 5 séances par an et par bénéficiaire	25 €	35 €

BR = Base de Remboursement de la Sécurité sociale. **DE** = Dépense Effective : montant total des dépenses engagées déduction faite du remboursement de la Sécurité sociale. **PMSS** = Plafond Mensuel de la Sécurité sociale. Valeur fixée au 01/01 de chaque année (www.pmss.fr).

* Dispositifs de pratiques tarifaires maîtrisées OPTAM ou OPTAM-CO (en Chirurgie et Obstétrique) : en adhérant à ces options, les professionnels de santé s'engagent à limiter leurs dépassements d'honoraires dans des conditions établies par la convention. Pour savoir si un médecin a adhéré à l'OPTAM ou à l'OPTAM-CO, le site annuaire.sante.ameli.fr est à la disposition de tous.

** Tels que définis réglementairement : dispositif 100 % Santé par lequel les assurés couverts par un contrat de complémentaire santé responsable peuvent bénéficier de certaines prestations d'optique, d'aides auditives et de prothèses dentaires définies réglementairement et intégralement remboursées par l'assurance maladie obligatoire et les complémentaires santé, donc sans frais restant à leur charge, sous réserve que les professionnels de santé respectent les tarifs maximums fixés.

*** Liste A : Equipements respectant les conditions du 100% santé/ Liste B Autres équipements que le 100% santé

**** Liste I : Equipements respectant les conditions du 100% santé ; liste II Autres équipements.

***** Y compris le remboursement de la Sécurité sociale.

(1) En médecine, chirurgie, obstétrique, psychiatrie, hors chirurgie esthétique. En secteur non conventionné, les remboursements sont effectués sur la base du tarif d'autorité.

(2) Hors établissements médico-sociaux (Maison d'Accueil Spécialisé, maison de retraite, EHPAD), tels que définis à l'Article L.312-1 du Code de l'action sociale et des familles.

(3) La prise en charge est limitée à 90 jours par an pour les séjours en psychiatrie. La chambre de jour correspond à une chambre pour une chirurgie et/ou anesthésie ambulatoire avec admission et sortie le même jour.

(4) SMUR : Service médical d'urgence régional. Organisation régionale mettant à la disposition du SAMU une ambulance médicalisée permettant d'assurer les premiers soins et le transport d'un malade dans un service hospitalier.

(5) Dans la limite des frais réellement engagés et des honoraires limites de facturation définis par la réglementation du 100% santé.

(6) Dans la limite des frais réellement engagés et des prix limites de vente définis par la réglementation du 100% santé.

(7) Renouvellement annuel en cas de renouvellement anticipé d'un équipement ou pour les enfants de moins de 16 ans révolus. Renouvellement tous les 6 mois pour les enfants de moins de 6 ans en cas de mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage.

(8) Prisme incorporé, prisme souple uniquement pour les - de 6 ans, système antiptosis, verres iséconiques.

TAUX DE COTISATIONS DU RÉGIME FRAIS DE SANTÉ

Cotisations en vigueur au 1^{er} janvier 2026

L'employeur doit souscrire la base conventionnelle obligatoire, il peut aussi choisir de renforcer les garanties par l'adhésion à la surcomplémentaire pour l'ensemble des salariés.

Le salarié a la possibilité d'étendre à son conjoint et/ou améliorer sa garantie selon le choix fait par l'employeur.

COTISATIONS mensuelles	Base obligatoire entreprise	Garantie assuré (facultatif)	ACTIFS	
			Famille hors conjoint*	Conjoint (facultatif)
RÉGIME GÉNÉRAL	base		0,31 % PMSS + 2,31 % T1/T2	1,43 % PMSS
		Surcomplémentaire	0,78 % PMSS	0,65 % PMSS
	Surcomplémentaire (y compris la base)		0,94 % PMSS + 2,37 % T1/T2	1,92 % PMSS
RÉGIME LOCAL	base		0,22 % PMSS + 1,62 % T1/T2	1,00 % PMSS
		Surcomplémentaire	0,78 % PMSS	0,65 % PMSS
	Surcomplémentaire (y compris la base)		0,71 % PMSS + 1,78 % T1/T2	1,44 % PMSS

* Famille hors conjoint : Salarié et enfants à charge

Les tranches de rémunération 1 et 2 sont définies comme suit :

- tranche 1 ou T1 : tranche de salaire limitée au plafond annuel de la Sécurité sociale ;

- tranche 2 ou T2 : tranche de salaire comprise entre une fois et quatre fois le plafond annuel de la Sécurité sociale.

PMSS : Plafond Mensuel de la Sécurité sociale. Valeur fixée au 01/01 de chaque année (www.pmss.fr)

COTISATIONS mensuelles	Salariés en suspension de contrat de travail non rémunérée ou non indemnisée	
	RÉGIME GÉNÉRAL	RÉGIME LOCAL
Base obligatoire	1,68 % PMSS	1,17 % PMSS
Surcomplémentaire obligatoire (y compris la base)	2,33 % PMSS	1,75 % PMSS
Régime surcomplémentaire facultatif (en complément de la base)	+ 0,78 % PMSS	+ 0,78 % PMSS

PMSS : Plafond Mensuel de la Sécurité sociale. Valeur fixée au 01/01 de chaque année (www.pmss.fr)

COTISATIONS mensuelles (en % PMSS)	Retraités ou pré-retraités ou anciens salariés bénéficiaires d'une rente d'incapacité ou d'invalidité ou d'un revenu de remplacement ou ancien salarié post-ANI ou ayants-droit d'un salarié décédé**					
	Salarié Année 1	Salarié Année 2	Salarié Années 3 et suivantes	Conjoint	Enfant*	
RÉGIME GÉNÉRAL	base	1,71%	2,13%	2,56%	2,56%	0,79%
	Surcomplémentaire (y compris la base)	0,67%	0,84%	1,01%	1,01%	0,30%
RÉGIME LOCAL	base	1,19%	1,48%	1,78%	1,78%	0,48%
	Surcomplémentaire (y compris la base)	0,60%	0,75%	0,90%	0,90%	0,24%

PMSS : Plafond Mensuel de la Sécurité sociale. Valeur fixée au 01/01 de chaque année (www.pmss.fr)

*Gratuité à compter du 3^e enfant

**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.

➤ MGEN Solutions, distributeur :

SAS au capital de 1 000 000,00 € – RCS Paris 805 290 103
Courtier en assurance immatriculé à l'Orias sous le numéro 14 007 239.
Siège social : 7 square Max Hymans, 75015 Paris Cedex.

➤ 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.