

VOTRE GARANTIE FRAIS DE SANTÉ

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

Remboursement total dans la limite des frais réels, y compris remboursement de l'AMO dès lors qu'elle intervient.

PRESTATIONS (Pour des frais pris en charge par l'AMO sauf mention expresse contraire ci-dessous)	REMBOURSEMENT TOTAL ⁽¹⁾ (AMO + AMC) *			
	BASE	CONFORT	CONFORT PLUS	PRÉCISIONS
HOSPITALISATION (médicale, chirurgicale et maternité)				
Honoraires, actes et soins				
- Médecins signataires DPTM*	160 % BR	185 % BR	210 % BR	
- Médecins non signataires DPTM*	140 % BR	165 % BR	190 % BR	
Participation du patient sur les actes lourds	Frais réels	Frais réels	Frais réels	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).
Forfait patient urgences	Frais réels	Frais réels	Frais réels	
Séjours				
- Frais de séjour	150 % BR	250 % BR	350 % BR	
- Forfait journalier hospitalier	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Forfait journalier hospitalier pour durée illimitée dans les établissements de santé.
- Chambre particulière (par jour) :				Hors ambulatoire.
Médecine, Chirurgie, Soins de suite et réadaptation, Psychiatrie	1,5 % PMSS / jour	2,5 % PMSS / jour	3,5 % PMSS / jour	Dans la limite des tarifs signés par convention. Durée limitée à 1 an par hospitalisation et par évènement générateur en Médecine, Chirurgie, Soins de suite et réadaptation (Convalescence, Rééducation, ...) et Psychiatrie.
Maternité	2 % PMSS / jour	3 % PMSS / jour	4 % PMSS / jour	Durée limitée à 6 jours par hospitalisation en Maternité. Au-delà des 6 jours, la prise en charge sera identique et dans les mêmes conditions que pour la Médecine, Chirurgie, Soins de suite et réadaptation, Psychiatrie
- Frais d'accompagnement (par jour) *	Néant	2 % PMSS / jour	2 % PMSS / jour	Pour un accompagnant d'un enfant à charge de moins de 16 ans (sur présentation d'un justificatif)
SOINS COURANTS - Honoraires médicaux				
Consultations et visites - Médecins généralistes				
- Médecins signataires DPTM*	100 % BR	100 % BR	100 % BR	
- Médecins non signataires DPTM*	100 % BR	100 % BR	100 % BR	
Consultations et visites - Médecins spécialistes				
- Médecins signataires DPTM*	160 % BR	185 % BR	210 % BR	Limité à 100 % BR hors parcours de soins
- Médecins non signataires DPTM*	140 % BR	165 % BR	190 % BR	Limité à 100 % BR hors parcours de soins

* 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



PRESTATIONS (Pour des frais pris en charge par l'AMO sauf mention expresse contraire ci-dessous)	REMBOURSEMENT TOTAL ⁽¹⁾ (AMO + AMC) *			
	BASE	CONFORT	CONFORT PLUS	PRÉCISIONS
SOINS COURANTS suite				
Sages-femmes	100 % BR	100 % BR	100 % BR	
Honoraires paramédicaux				
- Auxiliaires médicaux	100 % BR	100 % BR	100 % BR	
- Consultations de psychologues dans le cadre de MonParcoursPsy	100 % BR	100 % BR	100 % BR	Consultations de psychologues conventionnés remboursées par la Sécurité sociale
Analyses et examens de laboratoire	100 % BR	100 % BR	100 % BR	
Actes d'imagerie et d'échographie				
- Médecins signataires DPTM*	100 % BR	100 % BR	100 % BR	
- Médecins non signataires DPTM*	100 % BR	100 % BR	100 % BR	
Actes techniques médicaux et de chirurgie				
- Médecins signataires DPTM*	120 % BR	120 % BR	120 % BR	
- Médecins non signataires DPTM*	100 % BR	100 % BR	100 % BR	
Médicaments				
- Médicaments à Service Médical Rendu* important	100 % BR	100 % BR	100 % BR	
- Médicaments à Service Médical Rendu* modéré	100 % BR	100 % BR	100 % BR	
- Médicaments à Service Médical Rendu* faible	100 % BR	100 % BR	100 % BR	
Pharmacie hors médicaments	100% BR	100% BR	100% BR	
Matériel médical				
- Orthopédie, accessoires, appareillage (hors matériel auditif, dentaire ou d'optique)	100 % BR	100 % BR	150 % BR	
Véhicule pour personne en situation de handicap : location courte durée	AMO + 100% des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de l'AMO dans la limite du PLV	AMO + 100% des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de l'AMO dans la limite du PLV	AMO + 100% des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de l'AMO dans la limite du PLV	
Prothèse capillaire 100% santé	AMO + 100% des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de l'AMO dans la limite du PLV	AMO + 100% des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de l'AMO dans la limite du PLV	AMO + 100% des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de l'AMO dans la limite du PLV	
Prothèse capillaire à tarif maîtrisé ou à tarif libre	100 % BR	100 % BR	150 % BR	
Ambulances, véhicules sanitaires légers...	100% BR	100% BR	100% BR	

VOTRE GARANTIE FRAIS DE SANTÉ suite

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



PRESTATIONS (Pour des frais pris en charge par l'AMO sauf mention expresse contraire ci-dessous)	REMBOURSEMENT TOTAL ⁽¹⁾ (AMO + AMC) *			
	BASE	CONFORT	CONFORT PLUS	PRÉCISIONS
SOINS COURANTS suite				
Participation du patient	Frais réels	Frais réels	Frais réels	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)
DENTAIRE				
Soins et prothèses 100% santé ^{(2)*}				
- Inlay Core	AMO + 100% des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de l'AMO dans la limite des HLF*	AMO + 100% des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de l'AMO dans la limite des HLF*	AMO + 100% des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de l'AMO dans la limite des HLF*	
- Autres soins prothétiques et prothèses dentaires	AMO + 100% des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de l'AMO dans la limite des HLF*	AMO + 100% des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de l'AMO dans la limite des HLF*	AMO + 100% des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de l'AMO dans la limite des HLF*	
Soins et prothèses 100% santé ⁽²⁾				
Panier à honoraires maîtrisés ⁽²⁾				
- Inlay, onlay	125 % BR	135 % BR	165 % BR	Actes soumis à des honoraires limites de facturation
- Inlay-Core	125 % BR	135 % BR	165 % BR	
- Autres soins prothétiques et prothèses dentaires (incisives, canines, prémolaires)	300 % BR	365 % BR	415 % BR	
- Autres prothèses (molaires - dents de fond de bouche)	170 % BR	265 % BR	315 % BR	
Panier à honoraires libres ⁽²⁾				
- Inlay, onlay	125 % BR	135 % BR	165 % BR	
- Inlay-Core	125 % BR	135 % BR	165 % BR	
- Autres soins prothétiques et prothèses dentaires (incisives, canines, prémolaires)	300 % BR	365 % BR	415 % BR	
- Autres prothèses (molaires - dents de fond de bouche)	170 % BR	265 % BR	315 % BR	
Soins				
- Soins dentaires conservateurs, chirurgicaux ou de prévention	100 % BR	100 % BR	100 % BR	
Autres actes remboursés par l'AMO				
- Orthodontie remboursée par l'AMO	275 % BR	400 % BR	450 % BR	

* 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, réalisés par la cellule dentaire de la mutuelle.

VOTRE GARANTIE FRAIS DE SANTÉ suite

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



PRESTATIONS (Pour des frais pris en charge par l'AMO sauf mention expresse contraire ci-dessous)	REMBOURSEMENT TOTAL ⁽¹⁾ (AMO + AMC) *			
	BASE	CONFORT	CONFORT PLUS	PRÉCISIONS
DENTAIRE suite				
Actes non remboursés par l'AMO				
- Soins prothétiques et prothèses dentaires pour des actes codés dans la CCAM, Parodontologie ⁽³⁾ , Orthodontie, Implantologie	Néant	Forfait de 600€ par an et par bénéficiaire	Forfait de 1 000€ par an et par bénéficiaire	
OPTIQUE				
<i>Prise en charge limitée à un équipement par période de deux ans sauf en cas de renouvellement anticipé prévu à l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale, notamment pour les moins de 16 ans ou en cas d'évolution de la vue.</i>				
Equipements 100% santé ⁽⁵⁾ - verres et/ou monture Classe A				
- Monture adulte (16 ans et plus) ⁽⁴⁾	AMO + 100% des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de l'AMO dans la limite du PLV*	AMO + 100% des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de l'AMO dans la limite du PLV*	AMO + 100% des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de l'AMO dans la limite du PLV*	
- Monture enfant (de moins de 16 ans) ⁽⁴⁾	AMO + 100% des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de l'AMO dans la limite du PLV*	AMO + 100% des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de l'AMO dans la limite du PLV*	AMO + 100% des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de l'AMO dans la limite du PLV*	
- Verres adulte (16 ans et plus) (Tous types de correction) ⁽⁴⁾	AMO + 100% des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de l'AMO dans la limite des PLV*	AMO + 100% des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de l'AMO dans la limite des PLV*	AMO + 100% des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de l'AMO dans la limite des PLV*	
- Verres enfant (de moins de 16 ans) (Tous types de correction) ⁽⁴⁾	AMO + 100% des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de l'AMO dans la limite des PLV*	AMO + 100% des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de l'AMO dans la limite des PLV*	AMO + 100% des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de l'AMO dans la limite des PLV*	
- Prestations d'appairage pour les verres de classe A d'indices de réfraction différents (tous niveaux)	AMO + 100% des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de l'AMO dans la limite des PLV*	AMO + 100% des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de l'AMO dans la limite des PLV*	AMO + 100% des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de l'AMO dans la limite des PLV*	Prestation appliquée lorsqu'un équipement comporte des verres de corrections différentes

VOTRE GARANTIE FRAIS DE SANTÉ suite

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



PRESTATIONS (Pour des frais pris en charge par l'AMO sauf mention expresse contraire ci-dessous)	REMBOURSEMENT TOTAL ⁽¹⁾ (AMO + AMC) *			
	BASE	CONFORT	CONFORT PLUS	PRÉCISIONS
OPTIQUE suite				
- Supplément pour Verres avec filtres (Verres de classe A)	AMO + 100% des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de l'AMO dans la limite des PLV*	AMO + 100% des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de l'AMO dans la limite des PLV*	AMO + 100% des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de l'AMO dans la limite des PLV*	
Équipements hors 100% santé - verres et/ou monture Classe B - Tarifs libres ⁽⁶⁾				
- Monture adulte (16 ans et plus) ⁽⁴⁾	70 €	100 €	100 €	Y compris Ticket Modérateur
- Monture enfant (de moins de 16 ans) ⁽⁴⁾	50 €	75 €	75 €	Y compris Ticket Modérateur
- Verre adulte (16 ans et plus) ⁽⁴⁾	Voir grille optique	Voir grille optique	Voir grille optique	Forfait par verre et par bénéficiaire y compris Ticket Modérateur
- Verre enfant (de moins de 16 ans) ⁽⁴⁾				Forfait par verre et par bénéficiaire y compris Ticket Modérateur
Prestations supplémentaires portant sur un équipement optique de classe A ou B				
- 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 les verres de classe A et B	100% BR	100% BR	100% BR	
- Autres suppléments pour verres de classe A ou B (prisme/système antiphtosis/verres iséiconiques)	100% BR	100% BR	100% BR	
- Supplément pour verres avec filtres (verres de classe B)	100% BR	100% BR	100% BR	
Lentilles				
- Lentilles remboursées par l'AMO	100% BR + 2 % PMSS	100% BR + 3 % PMSS	100% BR + 4 % PMSS	Forfait par an et par bénéficiaire
- Lentilles non remboursées par l'AMO (y compris lentilles jetables)	2 % PMSS	3 % PMSS	4 % PMSS	Forfait par an et par bénéficiaire
Actes de chirurgie des yeux et/ou implants oculaires non pris en charge par le Régime Obligatoire*	200 €	600 €	1 000 €	Forfait par an, par bénéficiaire et par œil
AIDES AUDITIVES				
Aides auditives prises en charge par l'AMO - un équipement par oreille tous les 4 ans (date de délivrance) - La période s'apprécie à compter de la date d'acquisition de l'aide auditive sur les années antérieures.				
Équipement 100% santé ⁽⁸⁾ Classe I - Soumis à des prix limités de vente				
- Aides auditives pour les personnes au-delà de leur 20 ^e anniversaire	AMO + 100% des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de l'AMO dans la limite des PLV	AMO + 100% des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de l'AMO dans la limite des PLV	AMO + 100% des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de l'AMO dans la limite des PLV	Y compris les personnes de 20 ans
- Aides auditives jusqu'au 20 ^e anniversaire ou pour les personnes atteintes de cécité (entendue comme une acuité visuelle inférieure à 1/20 ^e après correction)				

* 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



PRESTATIONS (Pour des frais pris en charge par l'AMO sauf mention expresse contraire ci-dessous)	REMBOURSEMENT TOTAL ⁽¹⁾ (AMO + AMC) *			
	BASE	CONFORT	CONFORT PLUS	PRÉCISIONS
AIDES AUDITIVES suite				
Équipement hors 100% santé ⁽⁹⁾ Classe II - Tarifs libres				
- Aides auditives pour les personnes au-delà de leur 20 ^e anniversaire	570 €	900 €	1 700 €	
- Aides auditives jusqu'au 20 ^e anniversaire ou pour les personnes atteintes de cécité (entendue comme une acuité visuelle inférieure à 1/20 ^e après correction)	1 700 €	1 700 €	1 700 €	Y compris les personnes de 20 ans
Accessoires, entretien, piles, réparations ⁽⁷⁾	100% BR	100% BR	100% BR	
PRÉVENTION, BIEN ÊTRE				
- Actes de prévention définis par la réglementation pris en charge par l'AMO	100 % BR	100% BR	100 % BR	
- Vaccins anti-grippe prescrits non remboursés par l'AMO	Frais réels	Frais réels	Frais réels	
- Contraception prescrite non remboursée par l'AMO	2,5% du PMSS	2,5% du PMSS	3,5% du PMSS	Forfait par an et par bénéficiaire.
- Médecines complémentaires : ostéopathie et autres Médecines douces	20 € par séance avec un maximum de 2 séances par année civile	20 € par séance avec un maximum de 2 séances par année civile	35 € par séance avec un maximum de 2 séances par année civile	Forfait par an et par bénéficiaire.
Cures thermales prescrites remboursées par l'AMO*				
- Frais de traitement et honoraires	100 % BR	100 % BR	100 % BR	
- Forfait hébergement et transport	100 % BR	100 % BR + 10 % PMSS	100 % BR + 10 % PMSS	
MATERNITÉ				
- Allocation naissance*	5 % PMSS	10 % PMSS	10 % PMSS	Naissance ou adoption d'un enfant de moins de 16 ans déclaré
FONDS SOCIAL				
<p>Conformément aux dispositions du présent régime de remboursement de frais de soins de santé mettant en place un fonds d'action sociale, l'organisme assureur, auprès duquel les structures employeurs adhèrent, met à disposition de leurs salariés et de leurs ayants-droit la possibilité de soumettre des demandes d'aides sociales ayant le caractère de secours à caractère exceptionnel, traitées de manière confidentielle.</p> <p>Les modalités d'octroi des aides dépendent de critères sociaux prenant en compte notamment l'ensemble des ressources de l'intéressé, la nature et le montant des frais restant à charge...</p> <p>Le montant de l'aide ne peut excéder le montant des frais restant à charge après intervention des régimes de base, des organismes complémentaires et de tout autre organisme étant intervenus dans la prise en charge partielle des frais concernés.</p> <p>Les organismes assureurs des structures employeurs mentionnent dans leurs contrats et notices d'information l'existence de cette action sociale et les modalités de saisine et de mise en œuvre.</p>				

* Indemnité par enfant inscrit à la date de sa naissance, ou de son adoption, si déclaration dans les 3 mois suivants cette date.

(1) Dans la limite des frais engagés par le bénéficiaire dûment justifiés.

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

(3) Prise en charge des actes CCAM avec un code regroupement TDS (Tissu De Soutien)

VOTRE GARANTIE FRAIS DE SANTÉ suite

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



(4) Conditions de renouvellement de l'équipement :

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).

- 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.

(5) 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 défini réglementairement, dans le respect des prix limites de vente et des plafonds fixés par la réglementation. Panachage des verres et monture : un équipement peut être composé de deux verres d'une même classe (A ou B) d'une part, et d'une monture d'autre part appartenant à une classe (A ou B) différente.

(6) Equipements de classe B, tels que défini réglementairement, dans le respect des prix limites de vente et des plafonds fixés par la réglementation. Panachage des verres et monture : un équipement peut être composé de deux verres d'une même classe (A ou B) d'une part, et d'une monture d'autre part appartenant à une classe (A ou B) différente.

(7) Pour les piles la garantie s'applique dans la limite du nombre annuel de paquets de 6 piles, fixé par l'arrêté du 14.11.2018.

(8) Equipements de Classe I, tel que défini réglementairement, dans le respect des prix limites de vente et des plafonds fixés par la réglementation.

(9) Equipements de Classe II, tel que défini réglementairement, dans le respect des prix limites de vente et des plafonds fixés par la réglementation.

(10) Le verre neutre est compris dans cette classe.

VOTRE GARANTIE FRAIS DE SANTÉ suite

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



Grilles Optiques VERRES UNIFOCALUX/MULTIFOCALUX /PROGRESSIFS		BASE Montant en € par verre de classe B		CONFORT Montant en € par verre de classe B		CONFORT + Montant en € par verre de classe B	
Avec/Sans Cylindre	SPH = sphère CYL = cylindre (+) S = SPH + CYL	Adulte et enfant de 16 ans et +	Enfant - 16 ans	Adulte et enfant de 16 ans et +	Enfant - 16 ans	Adulte et enfant de 16 ans et +	Enfant - 16 ans
VERRES UNIFOCALUX							
Sphériques	SPH de - 6 à + 6 ⁽¹⁰⁾	50 €	38 €	70 €	54 €	85 €	67 €
	SPH < à -6 ou > à + 6	92 €	81 €	130 €	115 €	160 €	141 €
Sphéro cylindriques	SPH de - 6 à 0 et CYL ≤ + 4	54 €	43 €	76 €	61 €	94 €	75 €
	SPH > 0 et S ≤ + 6	54 €	43 €	76 €	61 €	94 €	75 €
	SPH > 0 et S > + 6	88 €	76 €	124 €	108 €	152 €	133 €
	SPH < - 6 et CYL ≥ + 0,25	88 €	76 €	124 €	108 €	152 €	133 €
	SPH de - 6 à 0 et CYL > + 4	97 €	86 €	137 €	122 €	168 €	150 €
PROGRESSIFS ET MULTIFOCALUX							
Sphériques	SPH de - 4 à + 4	116 €	105 €	164 €	149 €	202 €	183 €
	SPH < à -4 ou > à + 4	126 €	114 €	178 €	162 €	218 €	200 €
Sphéro cylindriques	SPH de - 8 à 0 et CYL ≤ + 4	126 €	114 €	178 €	162 €	218 €	200 €
	SPH > 0 et S ≤ + 8	126 €	114 €	178 €	162 €	235 €	200 €
	SPH de - 8 à 0 et CYL > + 4	135 €	124 €	191 €	176 €	235 €	216 €
	SPH > 0 et S > + 8	135 €	124 €	191 €	176 €	235 €	216 €
	SPH < - 8 et CYL ≥ + 0,25	135 €	124 €	191 €	176 €	235 €	216 €

*DÉFINITIONS :

BR : Base de Remboursement, tarif servant de référence à l'Assurance Maladie Obligatoire pour déterminer le montant du remboursement. Les taux de remboursement sont exprimés sur la base des taux applicables au régime général.

PMSS : Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale

AMO : Assurance Maladie Obligatoire (part Régime Obligatoire)

AMC : Assurance Maladie Complémentaire (part Mutuelle)

DPTM : Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée

Service Médical Rendu (SMR) : la notion de SMR est évaluée par la Haute Autorité de Santé

HLF : Honoraires Limités de Facturation

PLV : Prix limite de vente

CCAM : Classification Commune des Actes Médicaux

TAUX DE COTISATIONS DU RÉGIME FRAIS DE SANTÉ

Cotisations en vigueur au 1^{er} avril 2026

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

RÉGIME GÉNÉRAL	Base Prime			Confort		Confort Plus
	Base 1	+ Option 1	+ Option 2	Base 2	+ Option 2	
Salarié isolé obligatoire	1,406 %	+ 0,537 %	+ 0,868 %	1,839 %	+ 0,331 %	2,106 %
Conjoint facultatif	2,209 %	+ 0,579 %	+ 0,991 %	2,788 %	+ 0,412 %	3,200 %
Enfant facultatif	0,933 %	+ 0,242 %	+ 0,362 %	1,175 %	+ 0,120 %	1,295 %

RÉGIME LOCAL	Base Prime			Confort		Confort Plus
	Base 1	+ Option 1	+ Option 2	Base 2	+ Option 2	
Salarié isolé obligatoire	0,912 %	+ 0,537 %	+ 0,868 %	1,345 %	+ 0,331 %	1,611 %
Conjoint facultatif	1,435 %	+ 0,579 %	+ 0,991 %	2,014 %	+ 0,412 %	2,426 %
Enfant facultatif	0,607 %	+ 0,242 %	+ 0,362 %	0,849 %	+ 0,120 %	0,969 %

► 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.