

GARANTIES FRAIS DE SANTÉ

ENSEMBLE DU PERSONNEL SALARIÉ

EXPERTS-COMPTABLES – 2025

	FORMULE DE BASE	FORMULE MEDIUM	FORMULE PREMIUM
En complément de la Sécurité sociale			
HOSPITALISATION**			
Honoraires			
Honoraires médicaux et chirurgicaux, y compris actes médicaux (DPTAM)	100 % TM	150 % BR	300 % BR
Honoraires médicaux et chirurgicaux, y compris actes médicaux (non DPTAM)	100 % TM	100 % BR	100 % BR
Forfait journalier hospitalier			
Forfait journalier hospitalier illimité (1)	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Autres prestations			
Chambre particulière, y compris maternité (par jour) (2)	Néant	2,5% PMSS	4% PMSS
Frais d'accompagnement enfants de moins de 16 ans, hors cure (par jour) (3)	1% PMSS	2% PMSS	3% PMSS
Frais de séjour en établissement conventionné	100% FR - SS	100% FR - SS	100% FR - SS
Frais de séjour en établissement non conventionné	90% FR - SS	90% FR - SS	90% FR - SS
SOINS COURANTS			
Téléconsultation			
Consultez un médecin généraliste à distance sans avance de frais. Des médecins disponibles 24h/24, 7j/7 partout dans le monde. Préservez votre forme et prenez soins de vous au quotidien grâce à un programme de prévention digital Mon Coach santé Angel	CF. NOTICES	CF. NOTICES	CF. NOTICES
Honoraires médicaux			
Consultations et visites médecins généralistes (DPTAM)	100 % TM	175 % BR	275 % BR
Consultations et visites médecins généralistes (non DPTAM)	100 % TM	125 % BR	125 % BR
Consultations et visites médecins spécialistes (DPTAM)	100 % TM	175 % BR	275 % BR
Consultations et visites médecins spécialistes (non DPTAM)	100 % TM	125 % BR	125 % BR

	FORMULE DE BASE	FORMULE MEDIUM	FORMULE PREMIUM
En complément de la Sécurité sociale			
SOINS COURANTS (SUITE)			
Honoraires médicaux			
Actes de radiologie, d'imagerie médicale, d'échographie (DPTAM)	100 % TM	175 % BR	275 % BR
Actes de radiologie, d'imagerie médicale, d'échographie (non DPTAM)	100 % TM	125 % BR	125 % BR
Actes techniques médicaux et chirurgicaux (DPTAM)	100 % TM	175 % BR	275 % BR
Actes techniques médicaux et chirurgicaux (non DPTAM)	100 % TM	125 % BR	125 % BR
Séances d'accompagnement réalisées par un psychologue et prises en charge par la Sécurité sociale (max 12 séances / an)	100 % TM	100 % TM	100 % TM
Honoraires paramédicaux			
Honoraires auxiliaires médicaux (4)	100 % TM	150 % BR	250 % BR
Analyses et examens de laboratoire			
Frais d'analyse et de laboratoire	100 % TM	150 % BR	250 % BR
Médicaments			
Médicaments à service médical rendu majeur	100 % TM	100 % TM	100 % TM
Médicaments à service médical rendu modéré	100 % TM	100 % TM	100 % TM
Médicaments à service médical rendu faible	100 % TM	100 % TM	100 % TM
Matériel médical			
Orthopédie, appareillages et prothèses diverses (autres que dentaire et auditives)	100 % TM	150 % BR	250 % BR
OPTIQUE (5)			
Équipement optique - 100 % Santé (monture + verres) ***			
Équipement optique 100 % Santé (monture et verres)	Remboursement intégral	Remboursement intégral	Remboursement intégral
- Classe A prise en charge renforcée			
Une monture de classe B (associée à deux verres de classe A)	100 € - RO	100 € - RO	100 € - RO
Adaptation de la correction visuelle (renouvellement par opticien)	Remboursement intégral	Remboursement intégral	Remboursement intégral
Prestation d'appairage	Remboursement intégral	Remboursement intégral	Remboursement intégral
Supplément pour verres avec filtre	Remboursement intégral	Remboursement intégral	Remboursement intégral
Autres suppléments (prisme, système antiptosis, verres iséiconiques)	Remboursement intégral	Remboursement intégral	Remboursement intégral
OPTIQUE (SUITE) (5)			
Équipement optique - panier libre (monture + verres) ***			
Dont le remboursement pour la monture	100 € - RO	100 € - RO	100 € - RO
(a) Par équipement à verres à simple foyer dont la sphère est comprise entre -6.00 à +6.00 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à +4.00 dioptries	100 € - RO	150 € - RO	200 € - RO
(b) Par équipement comportant un verre mentionné au (a) et un verre mentionné au (c)	150 € - RO	200 € - RO	300 € - RO

	FORMULE DE BASE	FORMULE MEDIUM	FORMULE PREMIUM
En complément de la Sécurité sociale			
Équipement optique - panier libre (monture + verres) ***			
(c) Par équipement à verres à simple foyer dont la sphère est hors zone de -6.00 à +6.00 dioptries ou dont le cylindre est supérieur à +4.00 dioptries et à verres multifocaux ou progressifs	200 € - RO	300 € - RO	600 € - RO
(d) Par équipement comportant un verre mentionné au (a) et un verre mentionné au (f)	150 € - RO	200 € - RO	300 € - RO
(e) Par équipement comportant un verre mentionné au (c) et un verre mentionné au (f)	200 € - RO	300 € - RO	600 € - RO
(f) Par équipement pour adulte à verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est hors zone de -8.00 à +8.00 dioptries ou à verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est hors zone de -4.00 à +4.00 dioptries	200 € - RO	300 € - RO	600 € - RO
Suppléments et prestations optiques	40 % BR	40 % BR	40 % BR
Autres prestations optiques			
Lentilles prises en charge ou non par le RO y compris jetables (sur prescription ophtalmologique de moins de 3 ans) (6)	3 % PMSS	5 % PMSS	7 % PMSS
Chirurgie réfractive (par oeil / an / bénéficiaire)	150 €	7 % PMSS	10 % PMSS
DENTAIRE			
Soins dentaires 100 % Santé			
Soins et actes prothétiques entrant dans le cadre du panier de soins 100 % Santé	Remboursement intégral	Remboursement intégral	Remboursement intégral
Soins dentaires hors 100 % Santé			
Soins dentaires / radiologie (y compris chirurgie dentaire)	150 % BR	300 % BR	500 % BR
Parodontologie prise en charge par le RO	150 % BR	300 % BR	500 % BR
Prothèses - panier honoraires modérés ***			
Actes prothétiques hors du cadre panier de soins 100 % Santé entrant dans le champ des paniers honoraires modérés	125 % BR	300 % BR	500 % BR
Inlays et onlays d'obturation / Inlay core hors du cadre panier de soins 100 % Santé entrant dans le champ des paniers honoraires modérés	125 % BR	300 % BR	500 % BR
Prothèses - panier honoraires libres ***			
Actes prothétiques hors du cadre panier de soins 100 % Santé entrant dans le champ des paniers honoraires libres	125 % BR	300 % BR	500 % BR
Inlays et onlays d'obturation / Inlay core hors du cadre panier de soins 100 % Santé entrant dans le champ des paniers honoraires libres	125 % BR	300 % BR	500 % BR

	FORMULE DE BASE	FORMULE MEDIUM	FORMULE PREMIUM
En complément de la Sécurité sociale			
DENTAIRE (SUITE)			
Autres prestations dentaires			
Orthodontie remboursée par le RO (par semestre)	125 % BR	200 % BR	300 % BR
Orthodontie non prise en charge par le RO (par semestre dans la limite de 4 semestres consécutifs) (7)	Néant	200 % BR	300 % BR
Parodontologie non prise en charge par le RO (par an et par bénéficiaire) (8)	Néant	75 % BR	150 €
Implantologie (implant et support de prothèse) / implant dans la limite de 3 implants / an / bénéficiaire (9)	100 €	200 €	300 €
Implantologie (prothèse sur implant et chirurgie sur implant) remboursée par la Sécurité sociale	125 % BR	200 % BR	300 % BR
AIDES AUDITIVES (10)			
Équipement auditifs - 100 % Santé - à compter du 01/01/2021 ***			
Aides auditives entrant dans le cadre du panier de soins 100 % Santé (classe I à prise en charge renforcée)	Remboursement intégral	Remboursement intégral	Remboursement intégral
Équipement auditifs - panier honoraires libres - à compter du 01/01/2021 ***			
Aides auditives hors paniers de soins 100 % Santé (classe II à prix libres) dans la limite du contrat responsable (par oreille)	100 % TM	350 € / prothèse	500 € / prothèse
Consommables et accessoires (piles, embouts...) pris en charge par le RO	Néant	100 % TM	100 % TM
BIEN-ÊTRE			
Médecine douce			
Consultation diététicien enfant moins de 12 ans (11)	Néant	28 € / an / bénéficiaire	28 € / an / bénéficiaire
Acupuncteur, chiropracteur, diététicien, homéopathe, hypno thérapeute, kinésiothérapeute, microkinésithérapie, naturopathe, nutritionniste, ostéopathe, pédicure-podologue, phytothérapeute, psychanalyste, psychologue, psychomotricien, sophrologue (11)	25 € / séance max 4 séances par an et par personne pour l'ensemble du poste	30 € / séance max 4 séances par an et par personne pour l'ensemble du poste	50 € / séance max 4 séances par an et par personne pour l'ensemble du poste
Prévention			
Vaccins prescrits (par an par bénéficiaire)	Néant	25 € / an / bénéficiaire	50 € / an / bénéficiaire
Pharmacie non prise en charge par le RO sur prescription	Néant	25 € / an / bénéficiaire	50 € / an / bénéficiaire
Sevrage tabagique non pris en charge par le RO (par an / bénéficiaire)	Néant	50 € / an / bénéficiaire	50 € / an / bénéficiaire

	FORMULE DE BASE	FORMULE MEDIUM	FORMULE PREMIUM
En complément de la Sécurité sociale			
TRANSPORT			
Transport médical			
Transport médical remboursé par le RO	100 % TM	100 % BR	100 % BR
CURES THERMALES PRISES EN CHARGE PAR LE RO			
Honoraires médicaux			
Honoraires médicaux (forfait de surveillance médicale, pratiques médicales complémentaires), frais d'hébergement et de transport	Néant	100 % FR sous déduction des prestations du RO dans la limite de 10 % PMSS	100 % FR sous déduction des prestations du RO dans la limite de 10 % PMSS
MATERNITÉ (12)			
Participation mutuelle			
Forfait maternité - adoption	Néant	10 % PMSS	15 % PMSS

LEXIQUE

RO: Régime Obligatoire

BR: Base de Remboursement Régime Obligatoire

Rbt intégral: Remboursement intégral

TM: Ticket modérateur

PMSS: Plafond Mensuel Sécurité Sociale (valeur fixée chaque année par décret publié au Journal Officiel)

DPTAM: Dispositifs de Pratique Tarifaire Maîtrisée (CAS, OPTAM, OPTAM - ACO et tout autre dispositif) ayant pour objet l'encadrement des compléments d'honoraires des professionnels de santé conventionnés

CAS: Contrat d'Accès aux Soins

OPTAM / OPTAM - ACO: Option de Pratique Tarifaire Maîtrisée / Option de Pratique Tarifaire Maîtrisée pour les médecins exerçant une spécialité anesthésie, chirurgicale (chirurgien, ophtalmologue, otorhino-laryngologue, stomatologue et chirurgien oral) ou une spécialité de gynécologie obstétrique.



LÉGENDE

- (1) Forfait Journalier Hospitalier illimité: exclu en établissements EHPAD et MAS.
- (2) Chambre particulière limitée à 60 jours par année civile cumulés en psychiatrie et en Soins de Suite et de Réadaptation SSR (structures de moyens séjours).
- (3) Au titre de cette garantie, les frais d'hébergement en maison de parents pourront être pris en charge, pour une personne, dans la limite de 30 jours par an.
- (4) Infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, orthophonistes, orthoptistes et pédicures-podologues.
- (5) Au 1^{er} janvier 2020, les verres et montures faisant l'objet d'une prise en charge renforcée (panier «100% santé») sont intégralement pris en charge par vos garanties, sous déduction du remboursement du Régime Obligatoire et dans la limite du prix de vente fixé pour ce type d'acte. Les verres et montures ne faisant pas l'objet d'une prise en charge renforcée (tarif libre) sont pris en charge sous déduction du remboursement du Régime Obligatoire et dans les limites fixées par le décret n°2019-21 du 11 janvier 2019. Sauf dérogations suivantes, la prise en charge est limitée à un équipement composé de deux verres et d'une monture: - par période de 2 ans de date à date pour les assurés âgés de 16 ans et plus (période ramenée à un an en cas de renouvellement anticipé*** prévu à l'article L.165-1 du Code de la Sécurité sociale), - par période de 1 an de date à date pour les assurés de plus de 6 ans et de moins de 16 ans, - par période de 6 mois pour les enfants jusqu'à 6 ans en cas d'une mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage de l'enfant entraînant une perte d'efficacité du verre correcteur Par dérogation, la période de 2 ans, qui s'applique aux assurés de 16 ans et plus, est réduite, en cas d'évolution de la vue à 1 an pour les frais exposés pour le renouvellement d'un équipement complet (deux verres et monture) justifié par une évolution de la vue. ***Le renouvellement anticipé est autorisé lorsque survient une variation de la sphère ou du cylindre d'au moins 0.5 dioptrie d'un verre ou d'au moins 0.25 dioptrie sur chaque oeil ou variation significative de l'axe (entre 5° et 20° selon le cylindre) Classe A: correspond au panier 100% Santé. Fixation d'un PLV (Prix Limite de Vente) pour les montures à 30€. Fixation d'un PLV (Prix Limite de Vente) pour les verres qui varient selon les codes LPP (le code LPP du verre est déterminé par la correction visuelle) Classe B: correspond au panier tarifs libres. Remboursement de la monture limité à 100€. Nouveaux plafonds de remboursements des Contrats Responsables 2020 définissant les montants planchers et plafonds.

Verre unifocal - simple:

- verre unifocal sphérique dont la sphère est comprise entre -6,00 et +6,00 dioptries;
 - verre unifocal sphéro-cylindrique dont la sphère est comprise entre -6,00 et 0,00 dioptries dont le cylindre est inférieur ou égal à +4,00 dioptries; - verre unifocal sphéro-cylindrique dont la sphère est positive et dont la somme S (sphère + cylindre) est inférieure ou égale à 6,00 dioptries; Verre unifocal - complexe ou très complexe;
 - verre unifocal sphérique dont la sphère est hors zone de -6,00 à +6,00 dioptries;
- verre unifocal sphéro-cylindrique dont la sphère est comprise entre -6,00 et 0,00 dioptries et dont le cylindre est supérieur à +4,00 dioptries;
 - verre unifocal sphéro-cylindrique dont la sphère est inférieure à -6,00 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à 0,25 dioptrie; - verre unifocal sphéro-cylindrique dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 6,00 dioptries; Verre multifocal - complexe;
 - verre multifocal ou progressif sphérique dont la sphère est hors zone de -4,00 à +4,00 dioptries;
 - verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique dont la sphère est comprise entre -8,00 et 0,00 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à +4,00 dioptries;
 - verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique dont la sphère est positive et dont la somme S est inférieure ou égale à 8,00 dioptries; Verre multifocal - très complexe;
 - verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique dont la sphère est comprise entre -4,00 et +4,00 dioptries;
 - verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique dont la sphère est comprise entre -8,00 et 0,00 dioptries et dont le cylindre est supérieur à +4,00 dioptries;
 - verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique dont la sphère est inférieure à -8,00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 dioptrie; - verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 8,00 dioptries.
- (6) Au-delà, seules les lentilles prises en charge par la sécurité sociale seront remboursées à hauteur de 100 % TM
 - (7) Par semestre, avec un maximum de 4 semestres consécutifs maximum par bénéficiaire.
 - (8) Le poste parodontologie concerne les actes suivants: surfaçage radiculaire, lambeau, greffe gingivale, allongement coronaire, greffe osseuse et assainissement parodontal pardétartrage/surfaçage à l'exclusion de tout autre acte.
 - (9) Remboursement effectué sur présentation de la facture du chirurgien dentiste détaillant les frais selon les postes suivants: pose de l'implant et vis de cicatrisation (temps chirurgical): 80% de la prestation et pose du pilier de prothèse (temps prothétique 1): 20% de la prestation.
 - (10) Les équipements auditifs faisant l'objet d'une prise en charge renforcée (panier «100% Santé») seront intégralement pris en charge par vos garanties, sous déduction du remboursement du Régime Obligatoire et dans la limite du prix de vente pour ce type d'acte. Les équipements auditifs ne faisant pas l'objet d'une prise en charge renforcée (tarif libre) seront pris en charge sous déduction du remboursement du Régime Obligatoire et dans les limites fixées par le décret n°2019-21 du 141 janvier 2019. Dans les deux cas, la garantie s'applique aux frais exposés pour l'acquisition d'une aide auditive par période de 4 ans à compter de la délivrance de l'équipement. Sauf dérogations prévues par la réglementation, la période de renouvellement est décomptée par période de 4 ans et à partir de la date de la dernière acquisition d'aides auditives. Une aide auditive de classe I doit comporter au moins trois des huit options de la liste telles que prévoit la législation en vigueur.

(11) Justificatif à adresser: l'original de la facture acquittée ou pièce numérisée, au nom du bénéficiaire, détaillant les actes effectués en pièce justificative et indiquant le numéro ADELI, le numéro RPPS ou le numéro FINESS du praticien.

(12) Sur présentation de l'acte de naissance ou d'adoption, pas de majoration en cas de naissances ou adoptions multiples.

Tous les forfaits et limites s'entendent par année civile et par bénéficiaire, sauf mention spécifique.

* Avant application, contribution forfaitaire, franchises et pénalités hors parcours de soins. Les taux de remboursement s'appliquent sur la base de remboursement du Régime Obligatoire. Les taux de remboursement indiqués ne visent que le régime général de la Sécurité Sociale, étant précisé que le régime local Alsace-Moselle fait l'objet de taux de remboursement différents pour lequel Smatis France intervient en complément. Le remboursement Smatis France est ajusté de sorte que le remboursement total, remboursement.

Régime Obligatoire + remboursement Smatis France, correspond bien au remboursement total indiqué ci-dessus. Le total remboursé n'est jamais supérieur aux frais engagés.

** Hospitalisation en établissements conventionnés et non conventionnés. Prise en charge limitée au Ticket Modérateur en long séjour, établissements spécialisés, gastroplastie (anneaux gastriques, By pass...).

*** Tels que définis réglementairement. Dans la limite des Prix Limites de Vente (PLV) et des plafonds du contrat responsable.

CONTRAT RESPONSABLE 2022: Les garanties, niveaux de remboursement, et tarifs pourront être révisés en fonction des évolutions législatives et réglementaires régissant les contrats responsables. La mutuelle ne vous rembourse pas les franchises médicales et la participation forfaitaire sur les consultations. Hors parcours de soins, le désengagement du régime obligatoire et les pénalités pratiquées sous forme de dépassements d'honoraires autorisées ne sont pas pris en charge par la mutuelle. Le forfait patient urgences facturé pour les passages aux urgences non suivis d'une hospitalisation est pris en charge par la mutuelle. Le ticket modérateur est intégralement pris en charge par la mutuelle selon les conditions du contrat responsable, y compris pour les actes supérieurs à 120 euros en hospitalisation et pour les soins courants. Les actes de prévention définis par l'arrêté du 8 juin 2006 sont au moins remboursés au ticket modérateur (scellement des sillons sur les molaires avant 14 ans, détartrage annuel, premier bilan du langage oral ou écrit pour un enfant de 14 ans, dépistage de l'hépatite B, vaccinations, dépistage des troubles de l'audition chez les personnes âgées de plus de 50 ans, ostéodensitométrie pour les femmes de plus de 50 ans).

Les conditions d'accès au dispositif MonPsy sont disponibles sur le site : <https://monpsy.sante.gouv.fr/>.

