



SYNTHESE GARANTIES ET TARIFICATION santé

→ Les garanties

4 niveaux de garanties :

- un niveau 1 : une offre de soins basique
- un niveau 2 : une offre de soins intermédiaire
- un niveau 3 : une offre de soins renforcée
- un niveau 4 : une offre de soins premium

- **Les soins courants :**

Soins courants				
Remboursements cumulés de l'Assurance maladie et de l'Assureur, en % de la base de remboursement (BR / TRSS / TA), ou/et en forfaits, par assuré	Niveau de garanties			
	N1	N2	N3	N4
Prestations remboursées par l'Assurance maladie :				
Les dépassements tarifaires des médecins n'ayant pas adhéré aux dispositifs de pratiques tarifaires maîtrisées (DPTAM) sont pris en charge dans la double limite de 100% du tarif de responsabilité et des montants pris en charge pour les dépassements des médecins ayant adhéré à ces dispositifs, tel qu'indiqués ci-dessous, minorés de 20% du tarif de responsabilité. Les DPTAM sont des dispositifs ayant pour objet la maîtrise des dépassements d'honoraires des professionnels de santé conventionnés (CAS, OPTAM, OPTAM-CO...). La liste des professionnels adhérents à ces dispositifs est consultable sur : http://annuaire.sante.ameli.fr .				
Honoraires :				
Honoraires généralistes (consultations, visites) - Praticien adhérent à un DPTAM	100%	125%	150%	200%
Honoraires généralistes (consultations, visites) - Praticien non adhérent à un DPTAM	100%	105%	130%	180%
Honoraires spécialistes (consultations, visites) - Praticien adhérent à un DPTAM	100%	150%	200%	250%
Honoraires spécialistes (consultations, visites) - Praticien non adhérent à un DPTAM	100%	130%	180%	200%
Actes techniques médicaux et autres actes - Praticien adhérent à un DPTAM	100%	150%	200%	250%
Actes techniques médicaux et autres actes - Praticien non adhérent à un DPTAM	100%	130%	180%	200%
Imagerie médicale - Praticien adhérent à un DPTAM	100%	100%	150%	200%
Imagerie médicale - Praticien non adhérent à un DPTAM	100%	100%	130%	180%
Honoraires paramédicaux - auxiliaires médicaux (y compris sages-femmes)	100%	115%	125%	150%
Honoraires de séances d'accompagnement psychologique (article L162-58-1 CSS)	100%	100%	100%	100%
Analyse et examens de laboratoires	100%	100%	125%	150%
Frais de transport	100%	100%	100%	100%
Médicaments :				
Médicaments à service médical rendu majeur ou important	100%	100%	100%	100%
Médicaments à service médical rendu modéré et certaines préparations magistrales	/	100%	100%	100%
Médicaments à service médical rendu faible	/	100%	100%	100%
Vaccins antigrippaux	100%	100%	100%	100%
Vaccins	100%	100%	100%	100%
Contraception sur prescription	100%	100%	100%	100%
Matériel médical (sauf dentaire, optique, auditif)				
Ensemble du matériel sur la liste des produits et prestations (LPP)	100%	200%	300%	400%
Prestations non remboursées par l'Assurance maladie :				
Participation assuré actes > 120 Euros (par acte)	Garanti	Garanti	Garanti	Garanti
Pharmacie homéopathique (par an)	/	50 €	75 €	100 €
Pharmacie non remboursée (par an)	/	50 €	75 €	100 €
Médecines douces (par an)	/	100 €	150 €	200 €
Substituts nicotiniques	100%	150 €	150 €	150 €
Contraception non remboursée	50 €	50 €	100 €	200 €

▪ **Les frais d'hospitalisation médicale, chirurgicale et maternité :**

Hospitalisation médicale, chirurgicale et maternité				
Remboursements cumulés de l'Assurance maladie et de l'Assureur, en % de la base de remboursement (BR / TRSS / TA), ou/et en forfaits, par assuré	Niveau de garanties			
	N1	N2	N3	N4
Les dépassements tarifaires des médecins n'ayant pas adhéré aux dispositifs de pratiques tarifaires maîtrisées (DPTAM) sont pris en charge dans la double limite de 100% du tarif de responsabilité et des montants pris en charge pour les dépassements des médecins ayant adhéré à ces dispositifs, tel qu'indiqués ci-dessous, minorés de 20% du tarif de responsabilité. Les DPTAM sont des dispositifs ayant pour objet la maîtrise des dépassements d'honoraires des professionnels de santé conventionnés (CAS, OPTAM, OPTAM-CO...). La liste des professionnels adhérents à ces dispositifs est consultable sur : http://annuaire.sante.ameli.fr .				
Prestations remboursées par l'Assurance maladie :				
Honoraires médicaux & chirurgicaux - Praticien adhérent à un DPTAM	100%	150%	200%	250%
Honoraires médicaux & chirurgicaux - Praticien non adhérent à un DPTAM	100%	130%	180%	200%
Actes de spécialités - Praticien adhérent à un DPTAM	100%	150%	200%	250%
Actes de spécialités - Praticien non adhérent à un DPTAM	100%	130%	180%	200%
Frais de séjour	100%	100%	100%	100%
Soins thermaux	100%	100%+150€	100%+200€	100%+250€
Prestations non remboursées par l'Assurance maladie :				
Participation du patient actes > 120 Euros	Garanti	Garanti	Garanti	Garanti
Forfait patient urgence (FPU, article L160-13 CSS)	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Forfait journalier hospitalier	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Forfait journalier psychiatrie	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Forfait chambre particulière (par jour en durée non limitée)	/	60 €	80 €	100 €
Forfait frais accompagnant enfant moins de 16 ans (par jour et limité à 60 jours)	/	30 €	35 €	40 €
Amniocentèse	/	30 €	50 €	70 €

▪ **L'optique :**

Optique				
Remboursements cumulés de l'Assurance maladie et de l'Assureur, en % de la base de remboursement (BR / TRSS / TA), ou/et en forfaits, par assuré	Niveau de garanties			
	N1	N2	N3	N4
Cette garantie s'applique aux frais exposés pour l'acquisition d'un équipement composé de deux verres et d'une monture, cette dernière étant limitée à 100€. Toutefois, pour les enfants de moins de 16 ans ou en cas de renouvellement de l'équipement justifié par une évolution de la vue, la garantie s'applique pour les frais exposés pour l'acquisition d'un équipement par période annuelle (article R 871-2 du code de la Sécurité sociale).				
Prestations remboursées par l'Assurance maladie :				
Equipement 100% santé appartenant à une classe à prise en charge renforcée				
Equipement complet		Remboursement intégral		
Equipement appartenant à une classe autre que celles à prise en charge renforcée				
Remboursement de l'équipement (limité à 100€ pour la monture) :				
a) Equipement à verres simples	100 €	150 €	250 €	300 €
b) Equipement avec un verre mentionné au a) et un verre mentionné au c)	150 €	225 €	375 €	450 €
c) Equipement à verres complexes	200 €	300 €	500 €	600 €
d) Equipement avec un verre mentionné au a) et un verre mentionné au f)	150 €	225 €	375 €	450 €
e) Equipement avec un verre mentionné au c) et un verre mentionné au f)	200 €	300 €	500 €	600 €
f) Equipement à verres très complexes	200 €	300 €	500 €	600 €
Frais de lentilles remboursées (par an et par bénéficiaire) en complément du régime obligatoire. Cumulable avec le forfait lunette	100 €	150 €	200 €	400 €
Matériel pour amblyopie, prestations d'adaptation, autres suppléments optiques	100%	100%	100%	100%
Prestations non remboursées par l'Assurance maladie :				
Frais de lentilles non remboursées (par an et par bénéficiaire)	/	150 €	150 €	200 €
Chirurgie de l'œil (par œil)	/	200 €	300 €	400 €

▪ **Le dentaire :**

Dentaire				
Remboursements cumulés de l'Assurance maladie et de l'Assureur, en % de la base de remboursement (BR / TRSS / TA), ou/et en forfaits, par assuré	Niveau de garanties			
	N1	N2	N3	N4
Prestations remboursées par l'Assurance maladie :				
Honoraires - Soins dentaires praticiens adhérent à un DPTAM	100%	125%	150%	200%
Honoraires - Soins dentaires non adhérent à un DPTAM	100%	105%	130%	200%
Traitement d'orthodontie	125%	200%	300%	400%
Prothèses dentaires (y compris inlays-onlays et inlays core) :				
Panier de soins 100% santé sans reste à charge (convention article L 162-9 CSS)		Remboursement intégral		
Panier de soins aux tarifs maîtrisés	125%	200%	300%	400%
Panier de soins aux tarifs libres	125%	200%	300%	400%
Prestations non remboursées par l'Assurance maladie :				
Prothèses dentaires (par prothèse)	/	200 €	300 €	500 €
Traitement d'orthodontie (par semestre)	/	200 €	300 €	500 €
Parodontologie (par an)	/	100 €	300 €	500 €
Implants (forfait par implant limité à 3 implants / an)	/	100 €	300 €	600 €

▪ Les aides auditives :

Aides auditives				
Remboursements cumulés de l'Assurance maladie et de l'Assureur, en % de la base de remboursement (BR / TRSS / TA), ou/et en forfaits, par assuré	Niveau de garanties			
	N1	N2	N3	N4
La garantie s'applique aux frais exposés pour l'acquisition d'une aide auditive par période de 4 ans.				
Equipement 100% santé appartenant à une classe à prise en charge renforcée				
Equipement complet	 Remboursement intégral			
Equipement appartenant à une classe autre que celles à prise en charge renforcée				
Remboursement par aide auditive assuré de moins de 20 ans	100%	1 500 €	1 500 €	1 500 €
Remboursement par aide auditive assuré de plus de 20 ans	100%	1 000 €	1 250 €	1 500 €

▪ Les autres prestations :

Autres prestations				
Remboursements cumulés de l'Assurance maladie et de l'Assureur, en % de la base de remboursement (BR / TRSS / TA), ou/et en forfaits, par assuré	Niveau de garanties			
	N1	N2	N3	N4
Prestations remboursées par l'Assurance maladie :				
Actes de prévention (7 actes selon l'arrêté du 8 juin 2006) :				
Scellement des puits, sillons et fissures (enfant de moins de 14 ans)	100%	100%	100%	100%
Détartrage annuel complet	100%	100%	100%	100%
Bilan du langage (enfant de moins de 14 ans)	100%	100%	100%	100%
Dépistage hépatite B	100%	100%	100%	100%
Dépistage trouble de l'audition (personne de plus de 50 ans)	100%	100%	100%	100%
Ostéodensitométrie (personne de plus de 50 ans)	100%	100%	100%	100%
Vaccins (sur liste de l'arrêté du 8 juin 2006)	100%	100%	100%	100%
Prestations non remboursées par l'Assurance maladie :				
Allocation enfant (naissance ou adoption, par enfant inscrit à l'adhésion)	200 €	200 €	200 €	200 €
Assistance	/	Oui	Oui	Oui

→ La tarification :

→ Tarification au 1er janvier 2026	Niveau 1	Niveau 2	Niveau 3	Niveau 4
Enfants (gratuité à compter du 3 ^{ème})	15,54 €	25,43 €	32,00 €	36,66 €
Adulte actif de moins de 30 ans inclus	23,53 €	38,46 €	48,39 €	55,43 €
Adulte actif de 31 à 40 ans inclus	28,03 €	45,84 €	57,69 €	66,06 €
Adulte actif de 41 ans à 50 ans inclus	35,58 €	58,16 €	73,20 €	83,83 €
Adulte actif de 51 ans à 60 ans inclus	44,16 €	70,38 €	88,58 €	101,44 €
Adulte actif de 61 ans et plus	63,38 €	101,02 €	127,13 €	145,61 €
Retraité	69,66 €	112,12 €	140,43 €	160,45 €

↳ Un niveau identique de garanties pour l'agent et les bénéficiaires rattachés à l'adhésion de l'agent.

Exemple :

Un fonctionnaire de 35 ans adhère au contrat et opte pour le niveau 3. Si son épouse et les deux enfants adhèrent, ils bénéficieront du niveau 3 des garanties.

Fonctionnaire : 57.69 euros

Son épouse âgée de 29 ans : 48.39 euros

Les deux enfants : 64 euros (32 euros x 2)

soit un total : 170.08 euros

→ Les bénéficiaires :

Les **bénéficiaires actifs** en qualité d'agents fonctionnaires et contractuels de droit public ou de droit privé dans l'effectif de l'employeur, même à temps non-complet

- Conserve la qualité de **bénéficiaires actifs** les agents placés dans l'une des situations suivantes :
 - o Position, situation ou congé de toute nature donnant lieu au maintien total ou partiel d'une rémunération, d'un traitement, d'un salaire, d'un revenu de remplacement ou d'une prestation en espèces versée par l'Employeur, un organisme de Sécurité sociale ou un organisme d'assurance,
 - o Congé parental,
 - o Disponibilité pour raison de santé, congé sans rémunération pour raison de santé ou congé sans salaire pour raison de santé, de maternité ou lié aux charges parentales,
 - o Congé de proche aidant, congé de présence parentale et congé de solidarité familiale,
 - o Congé de formation professionnelle.

Les **bénéficiaires retraités** en qualité de titulaire d'une pension de retraite de droit direct d'un régime de base, qui étaient auparavant agents fonctionnaires et contractuels de droit public ou de droit privé dans l'effectif de l'employeur,

- Les **bénéficiaires ayants-droit** des actifs ou des retraités, qui sont dans l'une des situations suivantes :
 - o Conjoint non séparé de corps dans les conditions prévues à l'article 296 du code civil d'un bénéficiaire actif ou retraité,
 - o Personne liée par un pacte civil de solidarité à un bénéficiaire actif ou retraité,
 - o Personne vivant en concubinage avec un bénéficiaire actif ou retraité dans les conditions prévues à l'article 515-8 du code civil,
 - o **Enfant** ou petit enfant d'un bénéficiaire actif ou retraité, ou de leur conjoint ou d'une personne liée à eux par un pacte civil de solidarité ou vivant en concubinage avec eux, ou enfant confié par décision de justice aux mêmes personnes, à leur charge au sens de l'article L. 196 du code général des impôts et ne bénéficiant pas d'un autre régime ou dispositif de protection sociale complémentaire au titre de leur activité professionnelle, et qui est :
 - **Agé de moins de 21 ans,**
 - **Ou âgé de moins de 25 ans, s'il justifie de la poursuite de ses études, est en contrat d'apprentissage ou est demandeur d'emploi au sens de l'article L. 5411-1 du code du travail**
 - **Ou reconnu en situation de handicap** par la commission mentionnée à l'article L. 241-5 du code de l'action sociale et des familles.

Les bénéficiaires ayants-droit peuvent adhérer à tout moment au contrat collectif,