

**Tableau explicatif des garanties ayant pour objectif de mieux visualiser les prestations
du régime "Surcomplémentaire" à adhésion facultative de MUTA SANTÉ.**

PRESTATIONS	REMBOURSEMENT TOTAL 2025 Assurance Maladie Obligatoire + Assurance Maladie Complémentaire (AESIO) dans la limite des frais engagés	Adhésion facultative du salarié à partir du 01/01/2026	
		SURCOMPLÉMENTAIRE REMBOURSEMENT MUTA SANTÉ (En complément de l'Assurance Maladie Obligatoire et de l'Assurance Maladie Complémentaire dans la limite des frais engagés)	
HOSPITALISATION (MEDICALE, CHIRURGICALE ET MATERNITE)			
Honoraires			
Actes et soins			
- Médecins signataires DPTM	400% de la BR		
- Médecins non-signataires DPTM	200% de la BR	+ 200% de la BR	
Forfait sur les actes dits "lourds"	100% des Frais réels		
Frais de séjour	400% de la BR		
Forfait journalier hospitalier ⁽¹⁾	100% des Frais réels		
Forfait patient urgences	100% des Frais réels		
Chambre particulière (y compris ambulatoire)	45 € / jour (limité à 100 jours par année civile)	+ 35 € (a)	
Frais d'accompagnement de l'enfant à charge, inscrit au régime (jusqu'à la veille de son 16^{ème} anniversaire)	50 € / jour		
SOINS COURANTS			
Honoraires médicaux			
Consultations et visites - Médecins généralistes			
- Médecins signataires DPTM	200% de la BR		
- Médecins non-signataires DPTM	180 % de la BR	+ 100% de la BR	
Consultations et visites - Médecins spécialistes			
- Médecins signataires DPTM	300 % de la BR		
- Médecins non-signataires DPTM	200 % de la BR	+ 100% de la BR	
Actes d'imagerie			
- Médecins signataires DPTM	150 % de la BR		
- Médecins non-signataires DPTM	130 % de la BR	+ 100% de la BR	
Actes techniques médicaux et de chirurgie			
- Médecins signataires DPTM	300 % de la BR		
- Médecins non-signataires DPTM	200 % de la BR	+ 100% de la BR	
Psychologue*	100% de la BR / bénéficiaire / année civile		
Actes de télésurveillance médicale ⁽²⁾	100% de la BR		
Honoraires paramédicaux			
Auxiliaires médicaux	100 % de la BR		
Analyses et examens de laboratoire			
Analyses et examens de biologie médicale	100 % de la BR		
Médicaments			
- Médicaments à Service Médical Rendu important	100 % de la BR		
- Médicaments à Service Médical Rendu modéré	100 % de la BR		
- Médicaments à Service Médical Rendu faible	50 % de la BR		
Contraception prescrite non remboursée par l'AMO	220 € / bénéficiaire / année civile		
Médicaments prescrits non remboursés par la SS (par année civile) Produits figurant sur la liste des produits ayant une autorisation de mise sur le marché de l'ANSM		+ 30 € par année civile	
Matériel médical			
- Orthopédie, prothèses, accessoires, appareillages remboursés par l'AMO (hors auditives, dentaires et optique)	400 % de la BR		
- Orthopédie, prothèses, accessoires, appareillages, prescrits et non remboursés par l'AMO (hors auditives, dentaires)	165€ / bénéficiaire / année civile		
Transport sanitaire	100 % de la BR		
Forfait sur les actes dits "lourds"	100% des Frais réels		
DENTAIRE			
Soins			
Actes et consultations	100 % de la BR		
Orthodontie remboursée par l'AMO	350 % de la BR	+ 50% de la BR	
Soins et prothèses 100% santé			
Soins prothétiques et prothèses dentaires, tels que définis réglementairement	Frais réels dans le respect des HLF		
Prothèses hors 100% santé			
Soins prothétiques et prothèses dentaires, tels que définis réglementairement			
> Panier à honoraires maîtrisés inlays onlays et autres prothèses	450 % de la BR dans le respect des HLF	+ 50% de la BR	
> Panier à honoraires libres inlays onlays et autres prothèses	450 % de la BR	+ 50% de la BR	
Actes non remboursés par l'AMO			
- Parodontologie	200€ / bénéficiaire / année civile		
- Prothèses	322,50€ / prothèse		
- Implant (hors pilier)	650€ / implant	+ 300 € / implant (limité à 2 par année civile)	
- Orthodontie	200 % de la BR reconstituée		

PRESTATIONS	REMBOURSEMENT TOTAL 2025 Assurance Maladie Obligatoire + Assurance Maladie Complémentaire (AESIO) dans la limite des frais engagés	SURCOMPLÉMENTAIRE REMBOURSEMENT MUTA SANTÉ (En complément de l'Assurance Maladie Obligatoire et de l'Assurance Maladie Complémentaire dans la limite des frais engagés)
OPTIQUE		
Equipement optique : 1 monture et 2 verres tous les deux ans de date à date pour les adultes et les enfants 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). 1 monture et 2 verres tous les ans de date à date pour les enfants de moins de 16 ans. Voir les conditions de renouvellement détaillées ci-dessous.		
Equipements 100% santé		
Classe A		
Verres et/ou monture, tels que définis réglementairement ⁽³⁾		
- Monture	Frais réels dans la limite des PLV	
- Verres (tous types de correction)	Frais réels dans la limite des PLV	
Prestations d'appairage pour des verres d'indice de réfraction différent	Frais réels dans la limite des PLV	
Supplément pour verres avec filtres	Frais réels dans la limite des PLV	
Equipements hors 100% santé		
Classe B - Tarifs libres	Voir grille optique	
Verres et/ou monture (3)		
- Monture	100 €	- Monture : + 20 €
- Verres Adulte et Enfant de 16 ans et plus	Montants indiqués dans la grille optique ci-après, en fonction du type de verres	- Verre simple (Adulte et Enfant) : + 40 € / verre
- Verres Adulte et Enfant de moins de 16 ans		- Verre complexe (Adulte et Enfant) : + 35 € / verre
Supplément pour verres avec filtres	100% de la BR	
Prestations supplémentaires portant sur un équipement d'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 des verres de classe A ou B	100% de la BR	
Autres suppléments pour verres de classe A ou B (prisme / système antiptosis / verres iséiconiques)	100% de la BR	
Autres dispositifs médicaux d'optique		
- Lentilles remboursées par l'AMO	300 € / bénéficiaire / année civile	
- Lentilles prescrites non remboursées par l'AMO	(au minimum 100% de la BR pour les lentilles remboursées par l'AMO)	
- Chirurgie réfractive non remboursée par l'AMO ⁽⁴⁾	650 € / œil / bénéficiaire	+ 150 € / œil / bénéficiaire
AIDES AUDITIVES		
Le renouvellement d'une aide auditive ne peut intervenir avant une période de 4 ans suivant la date de délivrance de l'aide auditive précédente. Ce délai s'applique pour chaque oreille indépendamment à compter du 01/01/2021.		
Aide auditive à compter du 01/01/2021		
Equipement 100% santé		
Equipements tels que définis réglementairement		
- Aides auditives jusqu'au 20 ^{ème} anniversaire ou les personnes atteintes de cécité	Frais réels dans la limite des PLV	
- Aides auditives au-delà de leur 20 ^{ème} anniversaire	Frais réels dans la limite des PLV	
Equipement hors 100% santé		
Classe II - Tarifs libres		
Equipements tels que définis réglementairement		
- Aides auditives jusqu'au 20 ^{ème} anniversaire ou les personnes atteintes de cécité (entendue comme une acuité visuelle inférieure à 1/20 ^{ème} après correction)	1 700 € par oreille	
- Aides auditives au-delà de leur 20 ^{ème} anniversaire	1 400 € par oreille	+ 300 € par oreille
Piles et autres consommables ou accessoires, réparations ⁽⁵⁾		
Soins, transport, hébergement pour les personnes de moins de 16	100% de la BR + 275 € / bénéficiaire / année	
Soins, transport, hébergement pour les personnes de 16 ans et plus	100% de la BR + 250 € / bénéficiaire / année civile	+ 100 € / année civile (hébergement et transport)
AUTRES ACTES		
Actes de prévention définis par la réglementation	100% de la BR	
MEDECINE DOUCE		
Ostéopathe, Homéopathe, Acupuncteur, Pédicure-Podologue, Diététicien, Nutritionniste, Chiropracteur	60% des Frais réels limités à 40€ / année civile / bénéficiaire	+ 30 € / consultation / bénéficiaire limité à 4 par année civile (Ostéopathe, chiropracteur, acupuncteur, homéopathe, diététicien, psychologue, sophrologue, kinésiologue, naturopathe, hypnotiseur, réflexologue, micro-kinésithérapeute, psychomotricien, ergothérapeute)
AUTRES (uniquement pour les enfants à charge jusqu'au 27^{ème} anniversaire tels que définis au régime)		
Psychomotricien, Ergothérapeute, Psychologue**, Pédopsychiatre, Orthoptiste	60% des Frais réels limités à 200€ / année civile / bénéficiaire	

Document non contractuel diffusé uniquement à titre d'information - Seule la notice d'information fait foi - 21.01.2026

Abbreviations : AMO : Assurance Maladie Obligatoire / BR : Base de Remboursement, tarif servant de référence à l'Assurance Maladie Obligatoire pour déterminer le montant de son remboursement. DPTM : Dispositif de Pratique Tarifaire Maitrisée. / Service Médical Rendu (SMR) : la notion de SMR est évaluée par la Haute Autorité de Santé. RSS : Remboursement Sécurité Sociale ; HLF : Honoraire Limite de facturation ; PLV : Prix Limite de Vente / RSS : Remboursement Sécurité sociale.

*Psychologue : prise en charge à compter du 01/04/2022 des séances de psychologie pour les adultes et les enfants de plus de 3 ans, conformément au décret n° 2022-195 du 17 février 2022 et aux arrêtés des 2 et 8 mars 2022.

** Les séances de psychologie « autres » sont remboursées lorsque la consultation ne rentre pas dans le dispositif de prise en charge par l'Assurance maladie (exemple : psychologue non conventionné ou au-delà des 12 séances fixées par celui-ci).

(1) Sans limitation de durée (pour le forfait journalier le montant est au 01/01/2018 de 20 euros par jour pour un séjour hospitalier en médecine, chirurgie ou obstétrique. Il est de 15 euros par jour pour un séjour en psychiatrie)«

(2) Actes de télésurveillance médicale : la télésurveillance médicale est prise en charge à 100 % par l'Assurance Maladie Obligatoire et l'Assurance Maladie Complémentaire (dans le cadre des contrats responsables) à compter du 1er juillet 2023 selon l'arrêté du 16 mai 2023.

Seules les pathologies ayant reçu un avis favorable de la Haute Autorité de santé (HAS) et ayant fait l'objet d'une publication au Journal officiel par arrêté ministériel sont ouvertes à la prise en charge dans le cadre du droit commun. Il s'agit des pathologies suivantes : l'insuffisance cardiaque, l'insuffisance rénale, l'insuffisance respiratoire, le diabète, Le cancer pour des patients adultes sous traitement systémique.

(3) Conditions de renouvellement pour un équipement optique

► La garantie s'applique aux frais exposés pour l'acquisition d'un équipement optique (composé de deux verres et d'une monture) dans les conditions de renouvellement fixées par l'Arrêté du 03.12.2018 modifiant la prise en charge d'optique médicale de la Liste des Produits et Prestations (LPP) prévue à l'article L. 165-1 du Code de la sécurité sociale, et rappelées ci-après.

• Pour les adultes et pour les enfants de 16 ans et plus, le renouvellement de la prise en charge d'un équipement est possible au terme d'une période minimale de deux ans après la dernière prise en charge d'un équipement.

• Pour les enfants de plus de 6 ans et de moins de 16 ans, le renouvellement de la prise en charge d'un équipement est possible au terme d'une période minimale d'un an après le dernier remboursement d'un équipement.

• Pour les enfants jusqu'à 6 ans, le renouvellement de la prise en charge d'un équipement est possible au terme d'une période minimale de 6 mois après le dernier remboursement d'un équipement uniquement en cas de mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage de l'enfant entraînant une perte d'efficacité du verre correcteur. Dans les autres cas, le délai d'un an mentionné précédemment s'applique.

Les différents délais s'entendent par rapport à la date de délivrance du dernier dispositif de l'équipement optique concerné pour l'application du délai. Les différents délais sont également applicables pour le renouvellement séparé des éléments de l'équipement, et dans ce cas, le délai de renouvellement s'apprécie distinctement pour chaque élément.

► Par dérogation aux dispositions ci-dessus, le renouvellement anticipé de la prise en charge pour raison médicale d'un équipement pour les adultes et enfants d'au moins 16 ans est permis au terme d'une période minimale d'un an lorsqu'intervient une dégradation des performances oculaires dans l'une des situations limitativement prévues par la LPP, et pour laquelle la justification d'une évolution de la vue est effectuée soit au travers d'une nouvelle prescription médicale, qui est comparée à la prescription médicale précédente, soit lorsque l'opticien-lunetier adapte la prescription médicale lors d'un renouvellement de délivrance.

Par dérogation également, pour les enfants de moins de 16 ans, aucun délai minimal de renouvellement des verres n'est applicable lorsqu'intervient une dégradation des performances oculaires objectivée par un ophtalmologiste sur une prescription médicale.

Par dérogation enfin, aucun délai minimal de renouvellement des verres n'est applicable en cas d'évolution de la réfraction liée à des situations médicales particulières (troubles de réfraction associés à une pathologie ophthalmologique, à une pathologie générale ou à la prise de médicaments au long cours), définies par la LPP, sous réserve d'une nouvelle prescription médicale ophthalmologique.

► La prise en charge de deux équipements est autorisée uniquement pour les patients ayant :

• Une intolérance ou une contre-indication aux verres progressifs ou multifocaux, et présentant un déficit de vision de près et un déficit de vision de loin. La prise en charge peut couvrir deux équipements corrigant chacun un des deux déficits mentionnés.

• Une amblyopie et / ou un strabisme nécessitant une pénalisation optique. Pour ces patients, la prise en charge peut couvrir deux équipements de corrections différentes à porter en alternance.

Panachage des verres et monture : un équipement peut être composé de deux verres d'une part, et d'une monture d'autre part, appartenant à des classes (A ou B) différentes.

(4) Hors implant oculaire, seul l'acte de chirurgie est pris en charge. Une facture détaillée est requise, qui doit distinguer l'acte de chirurgie réfractive du prix de l'implant.

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

(6) Cure thermale : y compris le transport et l'hébergement non remboursés par l'AMO.

(a) La prise en charge de la chambre particulière est limitée à 90 jours par année civile en établissements psychiatriques. En maison de repos, de convalescence ou autres centres spécialisés, la prise en charge est limitée à 30 jours par année civile et est portée à 45 jours par année civile en cas d'intervention chirurgicale (intervenue au cours des 6 mois précédents).

Grille optique :

VERRES UNIFOCaux / MULTIFOCaux / PROGRESSIFS	Avec/Sans Cylindre	SPH = sphère CYL = cylindre (+) S = SPH + CYL	BASE DE REMBOURSEMENT		Classe de verre selon le décret du 11 janvier 2019	
			Montant en € par verre (R SS inclus)			
			Adulte et enfant de 16 ans et +	Enfant - de 16 ans		
UNIFOCaux	Sphériques	SPH de - 6 à + 6	120 €	120 €	Verre simple	
		SPH de - 8 à 0 et CYL ≤ + 4	255 €	255 €	Verre complexe	
		SPH > 0 et S ≤ + 8	255 €	255 €	Verre complexe	
		SPH < - 6 ou > + 6	255 €	255 €	Verre complexe	
	Sphéro cylindriques	SPH de - 6 à 0 et CYL ≤ + 4	120 €	120 €	Verre simple	
		SPH > 0 et S ≤ + 6	120 €	120 €	Verre simple	
		SPH > 0 et S > + 6	255 €	255 €	Verre complexe	
		SPH < - 6 et CYL ≥ + 0,25	255 €	255 €	Verre complexe	
		SPH de - 6 à 0 et CYL > + 4	255 €	255 €	Verre complexe	
PROGRESSIFS ET MULTIFOCaux	Sphériques	SPH de - 4 à + 4	255 €	255 €	Verre complexe	
		SPH < - 4 ou > + 4	350 €	315 €	Verre très complexe	
	Sphéro cylindriques	SPH de - 8 à 0 et CYL ≤ + 4	255 €	255 €	Verre complexe	
		SPH > 0 et S ≤ + 8	255 €	255 €	Verre complexe	
		SPH de - 8 à 0 et CYL > + 4	350 €	315 €	Verre très complexe	
		SPH > 0 et S > + 8	350 €	315 €	Verre très complexe	
		SPH < - 8 et CYL ≥ + 0,25	350 €	315 €	Verre très complexe	