

**L'accès aux garanties ci-dessous sont réservés uniquement au personnel salarié
de l'UGECAM (Unions pour la Gestion des Établissements des Caisses de l'Assurance Maladie)**



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

PRESTATIONS		Adhésion facultative du salarié à partir du 01/01/2026
REMBOURSEMENT TOTAL 2026 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)
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 (dans la limite de 12 séances)	
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	
Fauteuils roulants 100% santé		
Un fauteuil roulant tous les 5 ans pour les personnes de plus de 16 ans et tous les 3 ans pour les personnes de moins de 16 ans		
Achat neuf et location longue durée	Prise en charge à 100% par l'AMO	
Achat courte durée ^(*1)	Frais réels dans la limite des PLV	
Prothèses capillaires ^(*2)		
- Prothèses capillaires Classe I	Prise en charge à 100% par l'AMO	
- Prothèses capillaires Classe II	Frais réels dans la limite des PLV	
- Prothèses capillaires Classe III ^(*3) et Classe IV ^(*4)	400% de la BR (Classe III dans la limite des	
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 2026 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					
Équipement 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.					
Équipements 100% santé					
Classe A					
Verres et/ou monture, tels que définis réglementairement ⁽³⁾			Frais réels dans la limite des PLV		
- 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		
Équipements hors 100% santé		Voir grille optique			
Classe B - Tarifs libres					
Verres et/ou monture (3)			100 €		- Monture : + 20 €
- Monture			Montants indiqués dans la grille optique		- Verre simple (Adulte et Enfant) : + 40 € / verre
- Verres Adulte et Enfant de 16 ans et plus			ci-après, en fonction du type de verres		- Verre complexe (Adulte et Enfant) : + 35 € / verre
- Verres Adulte et Enfant de moins de 16 ans					
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					
Équipement 100% santé					
Équipements 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		
Équipement hors 100% santé					
Classe II - Tarifs libres					
Équipements tels que définis réglementairement			1 700 € par oreille		
- 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⁾			200% de la BR		
CURE THERMALE ⁽⁶⁾					
Soins, transport, hébergement pour les personnes de moins de 16			100% de la BR + 275 € / bénéficiaire / année		+ 100 € / année civile (hébergement et transport)
Soins, transport, hébergement pour les personnes de 16 ans et plus			100% de la BR + 250 € / bénéficiaire / année civile		
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, kinésologue, 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**, Pédiopsychiatre, Orthoptiste			60% des Frais réels limités à 200€ / année civile / bénéficiaire		

Abréviations : 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) Fauteuils roulants - Location de courte durée : le contrat responsable prévoit à compter du 1er décembre 2025, la prise en charge du forfait de location hebdomadaire, du forfait de mise à disposition et du forfait de livraison à hauteur des frais réels engagés, dans la limite des PLV, dans la limite d'une période de 3 mois, qui peut être prolongée de 3 mois supplémentaires, soit au maximum 6 mois de facturations consécutives sur une année glissante.

(*2) Le décret du 26 novembre 2025 a précisé les obligations de prise en charge des prothèses capillaires au 1er janvier 2026, dans le cadre des contrats responsables. 4 classes sont prévues avec des niveaux de remboursement différents (selon la nature des cheveux naturels ou synthétiques). Le professionnel de santé a l'obligation de vous proposer un devis intégrant au moins une offre «100% santé». Le renouvellement est possible au terme d'une période d'un an, à compter de la date d'achat de la dernière prothèse capillaire.

(*3) Prothèses capillaires composées, au minimum, de 50 % de cheveux naturels. Le PLV est supérieur à celui fixé pour la classe II. La prise en charge du dépassement par l'AMC dépend des garanties prévues au contrat.

(*4) Prothèses capillaires composées intégralement à partir de cheveux naturels. Catégorie non soumise au PLV. Comme pour la classe III, l'AMC n'a pas l'obligation de prendre en charge les dépassements sur ces prothèses de classe IV dans le cadre des contrats responsables. Leur prise en charge dépend uniquement des garanties prévues au contrat.

(1) Sans limitation de durée pour le forfait journalier le montant est au 01/03/2026 de 23 euros par jour pour un séjour hospitalier en médecine, chirurgie ou obstétrique. Il est de 17 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 ophtalmologique, à une pathologie générale ou à la prise de médicaments au long cours), définies par la LPP, sous réserve d'une nouvelle prescription médicale ophtalmologique.

► 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 corrigeant 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 thermique : 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 < à - 6 ou > à + 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 < à – 4 ou > à + 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