

Version du : 01/01/2026 en cours à ce jour

MedLib Essentiel 1982	Confort 1982	Optimal 1982V1
RESPONSABLE	RESPONSABLE	RESPONSABLE
Remboursement Total (dont RO*)	Remboursement Complémentaire	Remboursement Complémentaire

HOSPITALISATION**

HONORAIRES

Honoraires médicaux et chirurgicaux, y compris actes médicaux (DPTAM)	150 % BR	+25 % BR	+150 % BR
Honoraires médicaux et chirurgicaux, y compris actes médicaux (non DPTAM)	130 % BR	+25 % BR	+70 % BR

FORFAIT HOSPITALIER

Forfait journalier hospitalier illimité y compris Forfait Patient Urgence (FPU) (1)	Frais réels	-	-
Participation forfaitaire actes lourds	Frais réels	-	-

AUTRES PRESTATIONS

Frais de séjour	150 % BR	-	+150 % BR
Chambre particulière en secteur conventionné (par jour y compris en ambulatoire) (2)	80 €	-	+20 €
Chambre particulière en secteur non conventionné (par jour y compris en ambulatoire) (2)	80 €	-	-
Frais d'accompagnant enfants de - de 16 ans, hors cure (par jour)	32 €	-	-
Frais de télévision, téléphone, internet (par jour) (3)	-	+5 €	+10 €

SOINS COURANTS

TÉLÉCONSULTATION

Votre médecin n'est pas disponible et vous ne pouvez pas attendre ? Bénéficiez de la téléconsultation médicale 24/7, sans avance de frais.	CF. NOTICES	-	-
--	-------------	---	---

HONORAIRES MÉDICAUX

Consultations, visites et actes techniques médicaux des médecins généralistes (DPTAM)	150 % BR	+25 % BR	+100 % BR
Consultations, visites et actes techniques médicaux des médecins généralistes (non DPTAM)	125 % BR	+30 % BR	+75 % BR
Consultations, visites et actes techniques médicaux des médecins spécialistes (DPTAM)	150 % BR	+25 % BR	+100 % BR
Consultations, visites et actes techniques médicaux des médecins spécialistes (non DPTAM)	125 % BR	+30 % BR	+75 % BR
Actes de radiologie, d'imagerie médicale, d'échographie (DPTAM)	150 % BR	+25 % BR	+100 % BR
Actes de radiologie, d'imagerie médicale, d'échographie (non DPTAM)	125 % BR	+30 % BR	+75 % BR
Séances d'accompagnement réalisées par un psychologue et prises en charge par la Sécurité sociale (max 12 séances / an)	100 % BR	-	-

HONORAIRES PARAMÉDICAUX

Honoraires auxiliaires médicaux (4)	150 % BR	-	+50 % BR
-------------------------------------	----------	---	----------

ANALYSES ET EXAMENS DE LABORATOIRE

Frais d'analyse et de laboratoire	100 % BR	+50 % BR	+100 % BR
-----------------------------------	----------	----------	-----------

MÉDICAMENTS

Médicaments prescrits et partiellement remboursés par le RO	100 % BR	-	-
---	----------	---	---

MATÉRIEL MÉDICAL 100% SANTÉ (5)

Prothèses capillaires 100% santé de classe II	Rbt intégral	-	-
Location de courte durée des véhicules pour personnes en situation de handicap (VPH) ainsi que le forfait de mise à disposition pour cette location de courte durée	Rbt intégral	-	-

AUTRES ÉQUIPEMENTS (5)

Prothèses capillaires de classe I	100 % BR	-	-
Petit appareillage (orthopédie, prothèses mammaires, prothèses capillaires de classe III & IV...)	200 % BR	-	+50 % BR
Autres appareillages hors aides auditives et paniers 100% santé (fauteuil roulant, lit médicalisé...)	200 % BR	-	-

OPTIQUE (6)

ÉQUIPEMENT OPTIQUE 100% SANTÉ (MONTURE + VERRES) ▣

ÉQUIPEMENT OPTIQUE 100% santé (monture et verres) - Classe A prise en charge renforcée	Rbt intégral	-	-
Une monture de classe B (associée à deux verres de classe A)	maxi 100 €	-	-
Adaptation de la correction visuelle (renouvellement par opticien)	Rbt intégral	-	-
Prestation d'appareillage	Rbt intégral	-	-
Supplément pour verres avec filtre	Rbt intégral	-	-
Autres suppléments (prisme, système antiptosis, verres iséconiques)	Rbt intégral	-	-

ÉQUIPEMENT OPTIQUE - PANIER LIBRE (MONTURE + VERRES) ▣ (7)

MedLib Essentiel 1982 Base	OP Confort 1982	OP Optimal 1982V1
RESPONSABLE	RESPONSABLE	RESPONSABLE
Remboursement Total (dont RO*)	Remboursement Complémentaire	Remboursement Complémentaire

Version du : 01/01/2026 en cours à ce jour

OPTIQUE (6)

ÉQUIPEMENT OPTIQUE - PANIER LIBRE (MONTURE + VERRES) (7)

Une monture de classe B	maxi 100 €	-	-
Monture + 2 verres simples	256 €	+24€ + Bonus fidélité de 28€/an. Remb plafonné 392€ après 4 ans	+74€ + Bonus fidélité de 33€/an. Remb plafonné 420€ après 4 ans
Monture + un verre simple et un verre complexe	305 €	+50€ + Bonus fidélité de 35,50€/an. Remb plafonné 497€ après 4 ans	+125€ + Bonus fidélité de 43€/an. Remb plafonné 560€ après 4 ans
Monture + un verre simple et un verre très complexe	346 €	+50€ + Bonus fidélité de 35,50€/an. Remb plafonné 497€ après 4 ans	+132€ + Bonus fidélité de 48€/an. Remb plafonné 610€ après 4 ans
Monture + 2 verres complexes	354 €	+116€ + Bonus fidélité de 47€/an. Remb plafonné 658€ après 4 ans	+216€ + Bonus fidélité de 57€/an. Remb plafonné 700€ après 4 ans
Monture + un verre complexe et un verre très complexe	395 €	+75€ + Bonus fidélité de 47€/an. Remb plafonné 658€ après 4 ans	+175€ + Bonus fidélité de 57€/an. Remb plafonné 750€ après 4 ans
Monture + 2 verres très complexes	436 €	+34€ + Bonus fidélité de 47€/an. Remb plafonné 658€ après 4 ans	+200€ + Bonus fidélité de 64€/an. Remb plafonné 800€ après 4 ans
Suppléments et prestations optiques (adaptation de la correction visuelle, supplément pour verres avec filtre, prisme, système antiphotos, verres iséiconiques)	100 % BR	-	-

AUTRES PRESTATIONS OPTIQUES

Lentilles prises en charge ou non par le RO (8)	100% BR + 159 €	-	+63€ + Bonus fidélité de 22€/an. Remb plafonné à 310€ après 4 ans
Chirurgie réfractive de l'oeil par laser (par oeil) (9)	127 € / oeil	+73€/oeil + Bonus fidélité de 150€/an. Remb plafonné 800€ après 4 ans	+173€ /oeil + Bonus fidélité de 225€/an. Remb plafonné 1200€ après 4 ans

DENTAIRE

SOINS DENTAIRES HORS 100% SANTÉ

Soins dentaires remboursés par le RO hors cadre du panier de soins 100% santé	125 % BR	+75 % BR	+175 % BR
---	----------	----------	-----------

SOINS ET PROTHÈSES 100% SANTÉ (8)

Soins et actes prothétiques entrant dans le cadre du panier de soins 100% santé	Rbt intégral	-	-
---	--------------	---	---

PROTHÈSES - PANIER HONORAIRES MODÉRÉS (9)

Actes prothétiques hors du cadre panier de soins 100% santé entrant dans le champ des paniers honoraires modérés	250 % BR	+50 % BR	+200 % BR
Inlays et onlays d'obturation / Inlay core hors du cadre panier de soins 100% santé entrant dans le champ des paniers honoraires modérés	250 % BR	-	+100 % BR

PROTHÈSES - PANIER HONORAIRES LIBRES

Actes prothétiques hors du cadre panier de soins 100% santé entrant dans le champ des paniers honoraires libres	250 % BR	+50 % BR	+200 % BR
Inlays et onlays d'obturation / Inlay core hors du cadre panier de soins 100% santé entrant dans le champ des paniers honoraires libres	250 % BR	-	+100 % BR

AUTRES PRESTATIONS DENTAIRES

Orthodontie remboursée par le RO (par semestre)	150 % BR	+25 % BR	+100 % BR
Prothèses dentaires, orthodontie et endodontie non prises en charge par le RO	-	+300 € la 1ère année, puis majoration de 50 €/an. Remb plafonné à 500 €/an après 4 ans	+600 € la 1ère année, puis majoration de 100 €/an. Remb plafonné à 1000 €/an après 4 ans
Implantologie et parodontie non prises en charge par le RO	-	+200 € la 1ère année, puis majoration de 200 €/an. Remb plafonné à 1000€/an après 4 ans	+508 € la 1ère année, puis majoration de 400 €/an. Remb plafonné à 2000 € après 4 ans
Prévention dentaire : 1 examen de dépistage parodontal	-	+30 €	+60 €
Plafond dentaire annuel sur les prothèses des paniers modérés et libres (au delà, prise en charge à hauteur du TM)	-	Plafond de 1000 € la 1ère année, avec majoration de 250 €/an. Remb plafonné à 2000 €/an après 4 ans	Plafond de 1000 € la 1ère année, avec majoration de 250 €/an. Remb plafonné à 2000 €/an après 4 ans

AIDES AUDITIVES (10)

ÉQUIPEMENTS AUDITIFS 100% SANTÉ - À COMPTER DU 01/01/2021 (11)

Aides auditives entrant dans le cadre du panier de soins 100% santé (classe I à prise en charge renforcée)	Rbt intégral	-	-
--	--------------	---	---

ÉQUIPEMENTS AUDITIFS - PANIER HONORAIRES LIBRES - À COMPTER DU 01/01/2021 (11)

Aides auditives hors paniers de soins 100% santé (classe II à prix libres) dans la limite du contrat responsable (par oreille)	(11) Si <20 ans : 120 % BR. Si >20 ans : 200 % BR	Si < 20ans : + 30%BR +200€/oreille // Si >20 ans : +200€/oreille	Si < 20ans : + 305%BR // Si >20 ans : +225%BR
Consommables et accessoires (piles, embouts...) pris en charge par le RO	100 % BR	-	-

BIEN-ÊTRE

SOINS ALTERNATIFS

Ostéopathe, acupuncteur, psychologue, psychomotricien, diététicien, chiropracteur, pédicure-podologue, étiope, sophrologue, non remboursés par le RO (praticiens diplômés)	(12) 60 €	-	+60 €
--	-----------	---	-------

PRÉVENTION

Sevrage tabagique, pharmacie, contraception et vaccins non remboursés par le RO sur prescription médicale	60 €	-	+60 €
---	------	---	-------

MedLib Essentiel 1982 Base	OP Confort 1982	OP Optimal 1982V1
RESPONSABLE	RESPONSABLE	RESPONSABLE
Remboursement Total (dont RO*)	Remboursement Complémentaire	Remboursement Complémentaire

Version du : 01/01/2026 en cours à ce jour

BIEN-ÊTRE

PRÉVENTION

Consultation médicale de prévention acte non nomenclature (hors prévention dentaire)	(13)	-	+80 € (max 40€ / consultation)	+160 € (max 40€ / consultation)
Consultation de prévention bucco-dentaire		-	+40 €	+40 €
Fécondation in-vitro		-	-	+200 €
Amniocentèse non remboursée par le RO		-	-	+100 €

CURES THERMALES PRISES EN CHARGE PAR LE RO

FRAIS MÉDICAUX, DE SÉJOUR, DE TRANSPORT

Honoraires médicaux (forfait de surveillance médicale, pratiques médicales complémentaires), frais d'hébergement et de transport		100 % BR	-	+317€ - TM
--	--	----------	---	------------

MATERNITÉ

PARTICIPATION MUTUELLE

Forfait maternité - adoption	(14)	317 €	-	+159 €
------------------------------	------	-------	---	--------

TRANSPORT

TRANSPORT MÉDICAL

Transport médical remboursé par le RO		100 % BR	+25 % BR	+50 % BR
---------------------------------------	--	----------	----------	----------

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, oto-rhino-laryngologue, stomatologue et chirurgien oral) ou une spécialité de gynécologie obstétrique.

LEGENDE

- (1) Forfait Journalier Hospitalier illimité : Exclu en établissements USLD, EHPAD et MAS.
- (2) Y compris en ambulatoire, en médecine, en chirurgie, en obstétrique/maternité, en psychiatrie, en SSR (soins de suite et de réadaptation). Limité en psychiatrie à 30 jours par an ; et limité en MCO et SSR à 90 jours par an
- (3) Limité en psychiatrie à 30 jours par an ; et limité en MCO et SSR à 90 jours par an.
- (4) Infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, orthophonistes, orthoptistes et pédicures-podologues.
- (5) La fréquence de renouvellement des fauteuils roulants est fixée à 5 ans pour les adultes et à 3 ans pour les moins de 16 ans, sauf sur évolution du besoin. Concernant les prothèses capillaires, la fréquence de renouvellement est fixée à 12 mois. La période de renouvellement est décomptée à partir de la date de la dernière acquisition.
- (6) Les verres et montures 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 fixé pour ce type d'acte. Les verres et montures 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 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 œil ou variation significative de l'axe (entre 5° et 20° selon le cylindre).
- (7) Le bonus fidélité équipement optique est acquis quel que soit le niveau de consommation. Le plafond de remboursement est majoré de 10% par année d'adhésion dans la limite de 4 ans (max +40%)
- (8) Le bonus fidélité lentilles est acquis quel que soit le niveau de consommation. Le plafond de remboursement est majoré de 10% par année d'adhésion dans la limite de 4 ans (max +40%)
- (9) Le bonus fidélité chirurgie réfractive de l'œil est acquis quel que soit le niveau de consommation. Le plafond de remboursement est majoré de 75% par année d'adhésion dans la limite de 4 ans (max +300%)
- (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 14 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) Le bonus aide auditive est acquis quel que soit le niveau de consommation. Le plafond de remboursement est majoré de 75% par année d'adhésion dans la limite de 4 ans (max +300%)
- (12) 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 ADEL, le numéro RPPS.
- (13) Justificatif à adresser : la note d'honoraires du dentiste acquittée "Hors nomenclature" portant la mention "Consultation de prévention dentaire LML"
- (14) Versement, par enfant né viable, d'une allocation forfaitaire sur production d'un extrait de naissance. En cas de naissance multiple, l'allocation est doublée. En cas d'adoption plénière d'un enfant âgé de moins de cinq ans, versement de l'allocation sur production de la copie du jugement.

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

Le bénéfice de l'ensemble des prestations prévues dans la grille de garantie est subordonné à la production des justificatifs listés dans les documents contractuels et dans la limite des frais engagés.

* 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 la complémentaire santé intervient en complément. Le remboursement de la complémentaire santé est ajusté de sorte que le remboursement total, remboursement Régime Obligatoire + remboursement complémentaire, corresponde bien au remboursement total indiqué ci-dessus. Le total remboursé n'est jamais supérieur aux frais engagés.

** Hospitalisation en établissements conventionnés et non conventionnés en MCO (médecine, chirurgie et obstétrique), psychiatrie et SSR (Soins de suite et de réadaptation)

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

CONTRAT RESPONSABLE.: 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/>. À compter du 1er décembre 2025, tous les fauteuils roulants conformes à la nomenclature définie par l'arrêté du 6 février 2025 sont intégralement pris en charge par l'Assurance Maladie obligatoire. Les contrats santé ne pourront intervenir qu'en cas de reste à charge éventuel, hors du périmètre de cette prise en charge.

Dès le 1er janvier 2026, les prothèses capillaires sont réparties en quatre catégories selon leur qualité. Les remboursements de l'Assurance Maladie évoluent, et les complémentaires santé ajustent leur prise en charge si la garantie le prévoit.