

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

		RESPONSABLE		
		Remboursement RO*	Remboursement Complémentaire	Remboursement Total (dont RO*)
HOSPITALISATION**				
HONORAIRES				
Honoraires médicaux et chirurgicaux, y compris actes médicaux (DPTAM)		80 % BR	TM	100 % BR
Honoraires médicaux et chirurgicaux, y compris actes médicaux (non DPTAM)		80 % BR	TM	100 % BR
FORFAIT HOSPITALIER				
Forfait journalier hospitalier illimité y compris Forfait Patient Urgence (FPU)	(1)	Néant	Frais réels	Frais réels
Participation forfaitaire actes lourds		Néant	Frais réels	Frais réels
AUTRES PRESTATIONS				
Frais de séjour (exclu USLD, EHPAD et MAS)		80 % BR	TM	100 % BR
Chambre particulière en chirurgie et maternité (par jour)	(2)	Néant	-	-
Chambre particulière en médecine, SSR (exclu USLD, EHPAD, et MAS) (par jour)	(2)	Néant	-	-
Chambre particulière en psychiatrie (par jour)		Néant	-	-
Frais d'accompagnant d'enfants de moins de 16 ans, hors repas et hébergement (par jour)		Néant	-	-
Télévision et wifi - si hospitalisation > 2 jours (exclu USLD, EHPAD et MAS) (par jour)		Néant	-	-
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	CF. NOTICES
HONORAIRES MÉDICAUX				
Consultations et visites médecins généralistes (DPTAM)		70 % BR	TM	100 % BR
Consultations et visites médecins généralistes (non DPTAM)		70 % BR	TM	100 % BR
Consultations et visites médecins spécialistes (DPTAM)		70 % BR	TM	100 % BR
Consultations et visites médecins spécialistes (non DPTAM)		70 % BR	TM	100 % BR
Actes de radiologie, d'imagerie médicale, d'échographie (DPTAM)		70 % BR	TM	100 % BR
Actes de radiologie, d'imagerie médicale, d'échographie (non DPTAM)		70 % BR	TM	100 % BR
Actes techniques médicaux et chirurgicaux (DPTAM)		70 % BR	TM	100 % BR
Actes techniques médicaux et chirurgicaux (non DPTAM)		70 % BR	TM	100 % BR
Séances d'accompagnement réalisées par un psychologue et prises en charge par la Sécurité sociale (max 12 séances / an)		60 % BR	TM	100 % BR
HONORAIRES PARAMÉDICAUX				
Honoraires auxiliaires médicaux	(3)	60 % BR	TM	100 % BR
ANALYSES ET EXAMENS DE LABORATOIRE				
Frais d'analyse et de laboratoire		60 % BR	TM	100 % BR
MÉDICAMENTS				
Médicaments à service médical rendu majeur		65 % BR	TM	100 % BR
Médicaments à service médical rendu modéré		30 % BR	TM	100 % BR
Médicaments à service médical rendu faible		15 % BR	TM	100 % BR
MATÉRIEL MÉDICAL 100% SANTÉ (4)				
Prothèses capillaires 100% santé de classe II		Rbt intégral	Rbt intégral	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	Rbt intégral	Rbt intégral
AUTRES ÉQUIPEMENTS (4)				
Prothèses capillaires de classe I		100 % BR	-	100 % BR
Petit appareillage hors paniers 100% santé (orthopédie, prothèses mammaires ou capillaires...)		60 % BR	TM	100 % BR
Autres appareillages hors aides auditives et paniers 100% santé (fauteuil roulant , lit médicalisé...)		60 % BR	TM	100 % BR
OPTIQUE (5)				
ÉQUIPEMENT OPTIQUE 100% SANTÉ (MONTURE + VERRES) ▣				
ÉQUIPEMENT OPTIQUE 100% santé (monture et verres) - Classe A prise en charge renforcée		Rbt intégral	Rbt intégral	Rbt intégral
Adaptation de la correction visuelle (renouvellement par opticien)		Rbt intégral	Rbt intégral	Rbt intégral
Prestation d'appariage		Rbt intégral	Rbt intégral	Rbt intégral
Supplément pour verres avec filtre		Rbt intégral	Rbt intégral	Rbt intégral
Autres suppléments (prisme, système antiptosis, verres iséiconiques)		Rbt intégral	Rbt intégral	Rbt intégral
Une monture de classe B (associée à deux verres de classe A)		60 % BR	40 € - RO	40 €

	Remboursement RO*	Remboursement Complémentaire	Remboursement Total (dont RO*)
OPTIQUE (5)			
ÉQUIPEMENT OPTIQUE - PANIER LIBRE (MONTURE + VERRES) ▣			
Une monture de classe B	60 % BR	40 € - RO	40 €
Équipement verres simples y compris monture	60 % BR	100 € - RO	100 €
Équipement 1 verre simple + 1 verre complexe y compris monture	60 % BR	150 € - RO	150 €
Équipement 1 verre simple + 1 verre très complexe y compris monture	60 % BR	150 € - RO	150 €
Équipement verres complexes y compris monture	60 % BR	200 € - RO	200 €
Équipement 1 verre complexe + 1 verre très complexe y compris monture	60 % BR	200 € - RO	200 €
Équipement verres très complexes y compris monture	60 % BR	200 € - RO	200 €
Adaptation de la correction visuelle (renouvellement par opticien)	60 % BR	TM	100 % BR
Suppléments et prestations optiques (adaptation de la correction visuelle, supplément pour verres avec filtre, prisme, système antiptosis, verres iséiconiques)	60 % BR	TM	100 % BR
AUTRES PRESTATIONS OPTIQUES			
Lentilles prises en charge par le RO	60 % BR	TM	100 % BR
Chirurgie réfractive (par oeil / an / bénéficiaire)	Néant	-	-
DENTAIRE			
SOINS DENTAIRES HORS 100% SANTÉ			
Soins dentaires remboursés par le RO hors cadre du panier de soins 100% santé	60 % BR	TM	100 % BR
SOINS ET PROTHÈSES 100% SANTÉ ▣			
Soins et actes prothétiques entrant dans le cadre du panier de soins 100% santé	Rbt intégral	Rbt intégral	Rbt intégral
PROTHÈSES - PANIER HONORAIRES MODÉRÉS ▣			
Actes prothétiques hors du cadre panier de soins 100% santé entrant dans le champ des paniers honoraires modérés (dont inlay-core, bridge, prothèse amovible et réparation)	60 % BR	TM + 25 % BR	125 % BR
Inlays et onlays d'obturation hors du cadre panier de soins 100% santé entrant dans le champ des paniers honoraires modérés	60 % BR	TM	100 % BR
PROTHÈSES - PANIER HONORAIRES LIBRES			
Actes prothétiques hors du cadre panier de soins 100% santé entrant dans le champ des paniers honoraires libres (dont inlay-core, bridge, prothèse amovible et réparation)	60 % BR	TM + 25 % BR	125 % BR
Inlays et onlays d'obturation hors du cadre panier de soins 100% santé entrant dans le champ des paniers honoraires libres	60 % BR	TM	100 % BR
AUTRES PRESTATIONS DENTAIRES			
Orthodontie remboursée par le RO (par semestre)	100 % BR	TM + 25 % BR	125 % BR
Prothèses dentaires et orthodontie non prises en charge par le RO	Néant	-	-
Implantologie et parodontie non prises en charge par le RO	Néant	-	-
Prévention dentaire : 1 examen de dépistage parodontal	Néant	-	-
Plafond dentaire applicable sur les prothèses remboursées par le RO, au delà, remboursement à hauteur de TM+25 % BR pour les prothèses tarif maîtrisé ou libre (hors panier 100% Santé)		-	-
AIDES AUDITIVES (6)			
ÉQUIPEMENTS 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)	Rbt intégral	Rbt intégral	Rbt intégral
ÉQUIPEMENTS 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)	60 % BR	TM	100 % BR
Consommables et accessoires (piles, embouts...) pris en charge par le RO	60 % BR	TM	100 % BR
BIEN-ÊTRE			
SOINS ALTERNATIFS			
Ostéopathe, acupuncteur, psychologue, psychomotricien, diététicien, chiropracteur, pédicure-podologue, étiope, sophrologue, non remboursés par le RO (praticiens diplômés)	(7) Néant	-	-
PRÉVENTION			
Sevrage tabagique sur prescription médicale (par an)	Néant	-	-
Pharmacie, contraception et vaccins non remboursés par le RO sur prescription médicale	Néant	-	-
Consultation médicale de prévention acte non nomenclature (hors prévention dentaire)	(8) Néant	40 € / an (max 40 € / consultation)	40 € / an (max 40 € / consultation)
Consultation de prévention bucco-dentaire	Néant	40 € / an	40 € / an
Densitométrie osseuse (1 fois tous les 5 ans)	Néant	-	-

Libert ESSENTIEL		
RESPONSABLE		
Remboursement RO*	Remboursement Complémentaire	Remboursement Total (dont RO*)

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

BIEN-ÊTRE

PRÉVENTION

Tous les actes de prévention des contrats responsables	70 % BR	TM	100 % BR
--	---------	----	----------

TRANSPORT

TRANSPORT MÉDICAL

Transport médical remboursé par le RO	55 % BR	TM	100 % BR
---------------------------------------	---------	----	----------

CURES THERMALES PRISES EN CHARGE PAR LE RO

HONORAIRES MÉDICAUX

Honoraires médicaux (forfait de surveillance médicale, pratiques médicales complémentaires) remboursés par le RO, frais d'hébergement et de transport remboursés par le RO	55 % BR / 65 % BR / 70 % BR	TM	100 % BR
--	-----------------------------	----	----------

MATERNITÉ

PARTICIPATION MUTUELLE

Forfait maternité - adoption (sous réserve de l'inscription de l'enfant) (9)	Néant	-	-
Fécondation in vitro (par an)	Néant	-	-
Amniocentèse (par an)	Néant	-	-

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 ambulatoire
- (3) Infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, orthophonistes, orthoptistes et pédicures-podologues.
- (4) 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.
- (5) Au 1er 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 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 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 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 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 très 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 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) Les équipements auditifs 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 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. Par ailleurs, une aide auditive ne pourra être remboursée conjointement par le RO et le RC plus de 1700€ dans le cadre des contrats responsables.

(7) Praticiens diplômés. 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.

(8) Justificatif à adresser : la note d'honoraires de votre dentiste acquittée Hors Nomenclature portant la mention "Consultation de prévention dentaire LML"

(9) 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, bonus fidélité et limites s'entendent par année d'adhésion 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, 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. 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 : 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.