



GARANTIES FRAIS DE SANTÉ

Régime retraité
Au 1^{er} janvier 2025

CONVENTION SAFRAN

SAFRAN SANTÉ

MA SANTÉ SAFRAN

Régime Frais de santé
de référence des actifs

MA SANTÉ SAFRAN +

Régime sur-complémentaire
facultatif des actifs

MES GARANTIES TOTALES

Somme des deux régimes
des actifs, en cas d'adhésion
à la sur-complémentaire
facultative

Contrat d'assurance
n° 09.07.057

Contrat d'assurance
n° 09.07.057 SC/NR



HOSPITALISATION MÉDICALE ET CHIRURGICALE (Y COMPRIS MATERNITÉ)

Honoraires en secteur conventionné	signataires OPTAM	TM	TM + 380% BR	TM + 380% BR	100% BR	TM + 480% BR
	non signataires OPTAM	TM	TM + 100% BR	TM + 100% BR	380% BR	TM + 480% BR
Frais de séjour ⁽¹⁾	en établissement conventionné	TM	TM + 380% BR	TM + 380% BR	100% BR	TM + 480% BR
	en établissement non conventionné	TM	TM + 100% BR	TM + 100% BR	-	TM + 100% BR
Chambre particulière (y compris maternité) ⁽²⁾		50€/jour	3% PMSS/jour	120€/jour	30€/jour	150€/jour
Chambre ambulatoire		50€/jour	3% PMSS/jour	80€/jour	20€/jour	100€/jour
Lit d'accompagnant: enfant couvert par le contrat		25€/jour	3% PMSS/jour	110€/jour	-	110€/jour
Forfait journalier hospitalier ⁽¹⁾		100% FR	100% FR	100% FR	-	100% FR
Forfait actes lourds		100% FR	100% FR	100% FR	-	100% FR
Forfait patient urgence		100% FR	100% FR	100% FR	-	100% FR



SOINS COURANTS

Honoraires médicaux et paramédicaux		CONVENTION SAFRAN	SAFRAN SANTÉ	MA SANTÉ SAFRAN	MA SANTÉ SAFRAN +	MES GARANTIES TOTALES
Généralistes: consultations et visites	signataires OPTAM	TM	TM + 70% BR	TM + 120% BR	40% BR	TM + 160% BR
	non signataires OPTAM	TM	TM + 50% BR	TM + 100% BR	250% BR	TM + 350% BR
Spécialistes: consultations et visites	signataires OPTAM	TM	TM + 120% BR	TM + 125% BR	100% BR	TM + 225% BR
	non signataires OPTAM	TM	TM + 100% BR	TM + 100% BR	250% BR	TM + 350% BR
Petite chirurgie & actes techniques médicaux	signataires OPTAM	TM	TM + 120% BR	TM + 120% BR	100% BR	TM + 220% BR
	non signataires OPTAM	TM	TM + 100% BR	TM + 100% BR	70% BR	TM + 170% BR
Kinésithérapeutes*		TM	TM + 60% BR	TM + 65% BR	-	TM + 65% BR
Auxiliaires Médicaux (hors kinésithérapeutes)		TM	TM + 60% BR	TM + 60% BR	-	TM + 60% BR
Transport remboursé par la Sécurité sociale		TM	TM + 265% BR	TM + 265% BR	-	TM + 265% BR
Imagerie médicale	signataires OPTAM	TM	TM + 70% BR	TM + 70% BR	100% BR	TM + 170% BR
	non signataires OPTAM	TM	TM + 50% BR	TM + 50% BR	120% BR	TM + 170% BR
Analyses						
Analyses et examens de laboratoire		TM	TM + 60% BR	TM + 60% BR	-	TM + 60% BR
Pharmacie						
Médicaments prescrits		TM	TM	TM	-	TM
Matériel médical						
Orthopédie, appareillages et accessoires médicaux acceptés par la Sécurité sociale, y compris semelles orthopédiques		TM + forfait 80€	TM + 460% BR/prothèse (limité à 1 PMSS/prothèse/an)	TM + 460% BR/prothèse (limité à 1 PMSS/prothèse/an) ⁽³⁾	200% BR/prothèse	TM + 660% BR/prothèse (limité à 1 PMSS/prothèse/an) ⁽³⁾
Véhicule pour personne handicapée physique		TM + forfait 80€	TM + 460% BR/véhicule (limité à 1 PMSS/véhicule/an)	TM + 460% BR/véhicule (limité à 1 PMSS/véhicule/an) ⁽³⁾	200% BR/véhicule	TM + 660% BR/véhicule (limité à 1 PMSS/véhicule/an) ⁽³⁾



DENTAIRE

Soins et prothèses 100% Santé ⁽⁴⁾			prise en charge intégrale		
Soins et prothèses à tarifs maîtrisés ou libres					
Soins					
Soins dentaires (y compris chirurgie dentaire)	TM	TM + 70% BR	TM + 70% BR	50% BR	TM + 120% BR
Soins dentaires pratiqués par un dentiste qui dispose d'un droit permanent au dépassement	TM	TM + 70% BR	TM + 120% BR	50% BR	TM + 170% BR
Stomatologie	TM	TM + 70% BR	TM + 120% BR	50% BR	TM + 170% BR
Prothèses					
Prothèses dentaires fixes jusqu'à la 1 ^{re} prémolaire incluse (dents 14-24-34-44) prises en charge ou non par la Sécurité sociale	TM + 170% BR	TM + 475,55% BR	TM + 520% BR	50% BR	TM + 570% BR
Prothèses dentaires fixes à compter de la 2 ^e prémolaire (dents 15-25-35-45) prises en charge ou non par la Sécurité sociale	TM + 170% BR	TM + 475,55% BR	TM + 520% BR	50% BR	TM + 570% BR
Prothèses amovibles ⁽⁵⁾	TM + 170% BR	TM + 475,55% BR	TM + 500% BR	70% BR	TM + 570% BR
Inlay Core	TM + 170% BR	TM + 475,55% BR	TM + 400% BR	-	TM + 400% BR
Inlay-Onlay ("onlays d'obturation")	TM	TM + 90% BR	TM + 200% BR	50% BR	TM + 250% BR
Prothèses transitoires ⁽⁶⁾	TM	500% BR	500% BR	-	500% BR
Prothèses non remboursées par la Sécurité sociale	-	350% BR**	530% BR**	70% BR**	600% BR**

* Les dépassements d'honoraires des kinésithérapeutes ne sont pas remboursables s'ils sont réalisés sans autorisation de l'Assurance Maladie. ** La base de remboursement (BR) est reconstruite.

***Avec possibilité d'avance sur 4 ans, pour 8 dents, en cas de nécessité dûment justifiée par un acte médical.

CONVENTION SAFRAN

SAFRAN SANTÉ

MA SANTÉ SAFRAN

MA SANTÉ SAFRAN +

MES GARANTIES TOTALES

Parodontie					
Parodontie prise en charge par la Sécurité sociale	TM	TM + 70 % BR	TM + 70 % BR	50% BR	TM + 120% BR
Surfaçage radiculaire (détartrage sous gingival)	-	100% FR limité à 250€/an/bénéficiaire	100% FR limité à 250€/an/bénéficiaire	100€/an/bénéficiaire	100% FR limité à 350€/an/bénéficiaire
Grefe gingivale, greffe osseuse					
Implantologie					
Implant intraosseux (racine) non pris en charge par la Sécurité sociale	-	650€/dent/an Prise en charge totale limitée à 2 dents/an***	700€/dent/an Prise en charge totale limitée à 2 dents/an***	100€/dent/an Prise en charge totale limitée à 2 dents/an***	800€/dent/an Prise en charge totale limitée à 2 dents/an***
Infrastructure coronaire (inlay core) non prise en charge par la Sécurité sociale	-				
Couronne sur implant	TM + 170% BR	TM + 475,55% BR	TM + 500% BR	70% BR	TM + 570% BR
Orthodontie					
Orthodontie prise en charge par la Sécurité sociale	100% BR	250% BR	300% BR	100% BR	400% BR
Orthodontie non prise en charge par la Sécurité sociale	-	-	100% BR**	100% BR**	200% BR**



OPTIQUE

Plus de 16 ans : Un équipement par période de 2 ans – Un an en cas d'évolution du défaut de vision⁽⁶⁾

Enfants de moins de 16 ans : Un équipement par an, sauf en cas de souscription de Ma Santé Safran +, qui prévoit le remboursement de plus d'un équipement optique par an, sous réserve de justifier d'une évolution du défaut de vision

Équipements 100 % Santé ⁽⁴⁾		prise en charge intégrale			
Équipements du panier libre					
Lunettes					
Monture	100€ si monture seule	100€	100€	25€	125€
Verre blanc simple Sphérique					
Sphère de -6 à +6	TM + forfait 200€, y compris monture	105€	135€	25€	160€
Sphère de -6,25 à -10 ou de +6,25 à +10		146€	180€	48€	228€
Hors zone de -10 à +10		227€	237€	63€	300€
Verre blanc simple Sphérique-cylindrique					
Cylindre < +4; Sphère de -6 à +6	TM + forfait 200€, y compris monture	136€	146€	14€	160€
Cylindre < +4; Sphère hors zone de -6 à +6		209€	219€	81€	300€
Cylindre > +4; Sphère de -6 à +6		195€	205€	80€	285€
Cylindre > +4; Sphère hors zone de -6 à +6		268€	278€	22€	300€
Verre blanc progressif Sphérique					
De -4 à +4	TM + forfait 200€, y compris monture	220€	260€	90€	350€
Hors zone de -4 à +4		300€	310€	190€	500€
Verre blanc progressif Sphéro-cylindrique					
De -8 à +8	TM + forfait 200€, y compris monture	290€	300€	50€	350€
Hors zone de -8 à +8		350€	350€	150€	500€
Suppléments et prestations en optique					
Adaptation de la correction effectuée par l'opticien	TM	TM	TM	-	TM
Verres avec filtre	TM	TM	TM	-	TM
Autres suppléments (prisme, système antiptosis, verres iséiconiques)	TM	TM	TM	-	TM
Optique autres					
Lentilles prises en charge par la Sécurité sociale	TM + forfait 200€	8 PMSS/an/bénéficiaire	294€/an/bénéficiaire et au minimum TM	74€/an/bénéficiaire	368€/an/bénéficiaire et au minimum TM
Lentilles non prises en charge par la Sécurité sociale	TM + forfait 200€	8 PMSS/an/bénéficiaire	294€/an/bénéficiaire	74€/an/bénéficiaire	368€/an/bénéficiaire
Chirurgie réfractive (toutes amétropies)	-	25% PMSS/œil	917€/œil	367€/œil	1 284€/œil



AIDES AUDITIVES

Équipements 100% Santé⁽⁴⁾

prise en charge intégrale

Équipements du panier libre

Appareils auditifs pris en charge par la Sécurité sociale ⁽⁸⁾	TM + 175 €/oreille tous les 4 ans	100% FR, limité à 1 700 €/oreille (Sécurité sociale incluse) tous les 4 ans	100% FR, limité à 1 700 €/oreille (Sécurité sociale incluse) tous les 4 ans	-	100% FR, limité à 1 700 €/oreille (Sécurité sociale incluse) tous les 4 ans
Piles pour appareil auditif	TM	TM	TM	-	TM



AUTRES PRESTATIONS

Indemnité de naissance ou adoption ⁽⁹⁾	-	10% PMSS	10% PMSS	-	10% PMSS
Cure thermique prise en charge par la Sécurité sociale	TM + forfait 150 €	TM + 10% PMSS	TM + 367 €	-	TM + 367 €
Ostéopathie, chiropractie, étio-pathie, acupuncture ⁽¹⁰⁾	20 €/séance (Ostéopathie seulement) (max 3/an/bénéficiaire)	30 €/séance (max 4/an/bénéficiaire)	50 €/séance (max 5/an/bénéficiaire)	10 €/séance (max 5/an/bénéficiaire)	60 €/séance (max 5/an/bénéficiaire)
Acte de prévention: Substituts nicotiniques Sur prescription médicale et facture ⁽¹¹⁾	TM	TM	25 € par substitut dans la limite de 4 par an et par bénéficiaire et au minimum TM	-	25 € par substitut dans la limite de 4 par an et par bénéficiaire et au minimum TM
Hypnothérapie, sophrologie, diététicien, réflexologie, naturopathie Sur facture acquittée avec cachet indiquant la spécialité ⁽¹⁰⁾ Sevrage tabagique: Sur facture acquittée ⁽¹²⁾	-	20 €/séance (max 4/an/bénéficiaire)	25 €/séance (max 4/an/bénéficiaire)	5 €/séance (max 4/an/bénéficiaire)	30 €/séance (max 4/an/bénéficiaire)
Pédicure, Podologue ⁽¹⁰⁾	-	25 €/séance (max 3/an/bénéficiaire)	25 €/séance (max 3/an/bénéficiaire)	-	25 €/séance (max 3/an/bénéficiaire)
Psychologue, psychomotricien, ergothérapeute ⁽¹⁰⁾	-	20 €/séance (max 4/an/bénéficiaire)	50 €/séance (max 6/an/bénéficiaire)	50 €/séance (max 4/an/bénéficiaire)	50 €/séance (max 10/an/bénéficiaire)
Consultation d'un psychologue remboursée par la Sécurité sociale dans le cadre du dispositif "Mon Psy"	TM	TM	TM	-	TM
Dépistage prénatal non invasif des trisomies 13, 18 et 21 (appelé DPNI ou DPANI): Sur prescription médicale	-	390 €/an/bénéficiaire	390 €/an/bénéficiaire	-	390 €/an/bénéficiaire
Vaccins et examens biologiques prescrits et non pris en charge par la Sécurité sociale	-	-	80 €/an/bénéficiaire	-	80 €/an/bénéficiaire
Pilule contraceptive et autres moyens de contraception non remboursés par la Sécurité sociale	-	50 €/an/bénéficiaire	50 €/an/bénéficiaire	50 €/an/bénéficiaire	100 €/an/bénéficiaire
Prothèses mammaires, capillaires et postiches en cas d'ALD	-	-	200 €/an/bénéficiaire	-	200 €/an/bénéficiaire
Système d'autosurveillance glycémique	-	250 €/an/bénéficiaire	250 €/an/bénéficiaire	-	250 €/an/bénéficiaire

FR: Frais Réels
BR: Base de Remboursement de la Sécurité sociale
TM: Ticket Modérateur: différence entre la BR et le remboursement de la Sécurité sociale
PMSS: Plafond Mensuel de la Sécurité sociale
OPTAM (ex CAS): Option Pratique Tarifaire Maîtrisée
OPTAM CO (ex CAS): Option Pratique Tarifaire Maîtrisée
Chirurgie Obstétrique
ALD: Affection longue durée "exonérante" inscrite sur la liste "ALD 30" fixée par décret
⁽¹⁾ Sur la base des codes DMT (Discipline Médico Tarifaire), la prise en charge est exclue pour les séjours suivants:

- cures médicales en établissements de personnes âgées,
- services de longs séjours et établissements pour personnes âgées,
- centres de rééducation professionnelle,
- instituts ou centres médicaux à caractère éducatif, psycho-pédagogique et professionnel,
- ateliers thérapeutiques.

⁽²⁾ Si établissement conventionné avec accord tarifaire, la mutuelle prend en charge dans les limites des tarifs de l'accord.
En psychiatrie: prise en charge limitée à 60 nuits par année civile et par bénéficiaire.

⁽³⁾ Dans les cas où la limite est atteinte, versement du montant le plus favorable entre 1 PMSS et TM + 100% BR.
⁽⁴⁾ Tel que défini réglementairement, dans le respect des prix limites de vente et des honoraires limites de facturation fixés par la réglementation.
⁽⁵⁾ Prothèses amovibles: la base de remboursement varie selon le nombre de dents.
Au 01/01/2025 celle-ci est comprise entre 64,40 € et 365,50 €.
⁽⁶⁾ Prothèses transitoires: base de remboursement = 10 €.
⁽⁷⁾ Prise en charge limitée à un équipement par période de deux ans sauf en cas

de renouvellement anticipé prévu à l'article L165-1 du code de la Sécurité sociale, notamment pour les moins de 16 ans ou en cas d'évolution de la vue.
⁽⁸⁾ À compter de 2021: une aide auditive par période de quatre ans. La période s'apprécie à compter de la date d'acquisition de l'équipement.
⁽⁹⁾ Par enfant inscrit à la date de sa naissance, ou de son adoption, si déclaration dans les 3 mois suivant cette date.
⁽¹⁰⁾ Sur présentation de l'original de la facture - Seules les séances effectuées et facturées par des médecins ou par des professionnels autorisés

peuvent faire l'objet d'une prise en charge, sous réserve que la facture comporte le n° adhérent ou INSEE et/ou le n° FINESS et/ou le n° ADELI et/ou le n° RPPS du professionnel concerné.
⁽¹¹⁾ Au-delà de 4 substituts nicotiniques remboursés par an et par bénéficiaire, application du ticket modérateur.
⁽¹²⁾ Sevrage tabagique: consultations cognito-comportementales et/ou consultations d'hypnose Ericksonienne sur présentation de la facture comportant le n° FINESS et/ou le n° ADELI et/ou le n° RPPS du professionnel concerné.

CONDITIONS GÉNÉRALES DE PRISE EN CHARGE
Les remboursements sont limités aux frais réels et sous réserve de prise en charge par le régime obligatoire (sauf mention contraire). Les taux du régime obligatoire et le total sont donnés à titre indicatif dans le cadre du respect du parcours de soins coordonnés au 01/01/2008. Le remboursement du régime obligatoire est énoncé avant:
- déduction de la participation forfaitaire (visées à l'article L160-13 II du code de la Sécurité sociale),
- déduction des franchises médicales (visées à l'article L160-13 III du code de la Sécurité sociale).

La participation forfaitaire des actes supérieurs à 120 € est prise en charge par la mutuelle, ainsi que celle due lors d'un passage non programmé dans une structure des urgences d'un établissement de santé (Forfait Patient Urgence). Dans le cadre du hors parcours de soins coordonnés, la mutuelle ne prend pas en charge la majoration du ticket modérateur ni les dépassements d'honoraires. Les pourcentages indiqués s'appliquent au tarif de responsabilité ou à la base de remboursement de la Sécurité sociale.

PRÉCISION SUR L'OPTIQUE
Dans certaines situations, la prise en charge de deux équipements est autorisée: intolérance ou contre-indication aux verres progressifs, ou multifocaux, amblyopie et/ou strabisme nécessitant une pénalisation optique. Les conditions de renouvellement s'appliquent à chacun des équipements séparément.