

RÉGIME FRAIS DE SANTÉ



**Proposition de couverture
Frais de Santé**

STANDARD COLLECTIF - BTP



TARIFS 2026 BTP1

Tarif mensuel de l'option adulte / conjoint / enfant

Tarif/Option	BTP1	BTP2	BTP3	BTP4	BTP5	BTP6
Salarié	21.00 €	32.00 €	45.00 €	67.00 €	83.00 €	105.00 €
Conjoint	22.00 €	33.00 €	47.00 €	70.00 €	87.00 €	109.00 €
Enfant	16.00 €	22.00 €	28.00 €	35.00 €	43.00 €	58.00 €

A titre d'information, le PMSS 2026 est de 4 005 €



BTP1-BASE

Cette garantie répond aux obligations du décret n° 2014-1374 relatif au contrat responsable et du décret n°2014-1025 du 8 septembre 2014 relatif au panier de soins. La Mutuelle de la Corse prend en charge la franchise sur les actes techniques médicaux égaux ou supérieurs à 120 €.

AMO + MUTUELLE : Les remboursements sont exprimés selon la base de remboursement de l'AMO (Assurance maladie obligatoire) ou en % du PMSS ou en euros. Les prestations en % du PMSS ou en euros s'entendent par an et par bénéficiaire, sauf mention contraire. Cette garantie est applicable en 2026.

L'hospitalisation

Frais de séjour	80%
Honoraires et actes des médecins dans l'OPTAM CO*	80%
Honoraires et actes des médecins hors OPTAM CO*	80%
Transports	55%
Forfait patient urgence	0%

 Forfait journalier hospitalier (1)

AMO

AMO + MUTUELLE

BTP1-BASE
100%
100%
100%
100%
100%
100% FR

Les soins courants

Honoraires médicaux de généralistes dans l'OPTAM*	70%
Honoraires médicaux de généralistes hors OPTAM*	70%
Honoraires médicaux de spécialistes dans l'OPTAM*	70%
Honoraires médicaux de spécialistes hors OPTAM*	70%
Actes techniques médicaux médecins adhérent à l'OPTAM*	70%
Actes techniques médicaux médecins non adhérent à l'OPTAM*	70%
Radiologie, imagerie médicale dans l'OPTAM*	70%
Radiologie, imagerie médicale hors OPTAM*	70%
Analyses et examens de laboratoire	60%
Honoraires paramédicaux	60%

 Ostéodensitométrie osseuse remboursée par l'AMO

100%
100%
100%
100%
100%
100%
100%
100%
100%
100%
100%

La pharmacie

Pharmacie à service médical rendu important - substituts nicotiniques	65%
Pharmacie à service médical rendu modéré	30%
Pharmacie à service médical rendu faible	15%
 Vaccin anti-grippe (- de 65 ans) limité à 1 par an	
Vaccins prescrits remboursés par l'AMO	

100%
30%
15%
100% FR
100%

Les cures

Soins, Forfait thermal	65%
	

100 %

L'appareillage

Appareillage	60%
 Prothèse capillaire et fauteuil roulant inscrits dans le 100% santé***	

100 %
100% FR

L'optique

1 Monture + 2 verres Panier 100% Santé (6) ***	60%
Forfait monture (6) - panier à tarif libre	60%
Verre simple, par verre (6) - panier à tarif libre	60%
Verre complexe, par verre (6) - panier à tarif libre	60%
Verre très complexe, par verre (6) - panier à tarif libre	60%

 Lentille et supplément optique remboursé par l'AMO (les prisme, filtre, adaptation et appairage)

100% FR
50 €
25 €
75 €
90 €
100%

Le dentaire

		BTP1-BASE
Soins dentaires (actes, soins et consultations) (7)	60%	100%
Inlay-onlay	60%	100%
Soins réparateurs et complémentaires - panier 100% santé *** (7)	60%	100% FR
Soins réparateurs et complémentaires – panier modéré et à tarif libre*** (7)	60%	125%
Prothèses dentaires - panier 100% santé***	60%	100% FR
Prothèses dentaires - panier modéré disposant d'un PLV***	60%	125%
Prothèses dentaires - panier libre ou panier modéré ne disposant pas d'un PLV***	60%	125%
Inlay core - panier 100% santé***	60%	100% FR
Inlay core - panier modéré***	60%	125%
.Inlay core - panier libre	60%	125%
Orthodontie acceptée	100%	125%
		

L'audition

Prothèse auditive - Panier 100% santé (8) (9)	60%	100% FR
Prothèse auditive - Panier à tarif libre (8) (9)	60%	100%
Prise en charge des piles pour les appareils auditifs (limite annuelle fixée en fonction du type d'appareil), accessoires et entretien	60%	100%
		

Divers

Soins à l'étranger	15 à 100%	100%
Tous les actes de prévention du contrat responsable loi n° 2004-810 du 03/08/2004	60%	100%
Séances de psychologues prises en charge par l'AMO	60%	100%
		
Service de téléconsultation médicale Tél : 09 69 39 42 20 (10)		inclus
Garantie Assistance Tel : 09 69 39 42 20 (11)		inclus
Accès à la commission Aides et Secours		inclus

PMSS 2026 : 4 005 € - FR : Frais Réels

* Ces dispositifs concernent l'OPTAM, option de pratique tarifaire maîtrisée pour les médecins, et l'OPTAM-CO, option de pratique tarifaire maîtrisée pour les médecins exerçant une spécialité chirurgicale et de gynécologie obstétrique.

***Dans le cadre du 100% Santé, des Prix Limites de Vente (PLV) on été instaurés pour les paniers 100% santé et modéré, le remboursement de la mutuelle ajouté à celui de l'assurance maladie et éventuellement des autres complémentaires ne peut dépasser le PLV.

(1) Hormis les longs séjours, les Maisons d'Accueil Spécialisée (MAS) et les établissements pour personnes âgées dépendantes.

(3) Sur présentation de la facture originale, nominative, acquittée et détaillée. La facture doit comporter le tampon et la signature du professionnel de santé.

(6) Le remboursement est limité pour les bénéficiaires de 16 ans et plus à un équipement (monture avec deux verres) pour une période de deux ans calculée à compter de la date d'achat de l'équipement ou de l'un de ses éléments, dans la limite du plafond prévu à la garantie. Les forfaits montures et verres comprennent la prise en charge de l'assurance maladie obligatoire et, le cas échéant, des éventuels autres organismes complémentaires ou contrat intervenant avant la présente garantie. Dans tous les cas, le remboursement accordé par la mutuelle ne peut permettre au bénéficiaire d'avoir un remboursement total supérieur au plafond défini par le contrat responsable. En cas d'évolution de la correction visuelle constatée par la nouvelle prescription d'un ophtalmologue ou par la prescription initiale d'un ophtalmologue comportant les mentions portées par l'opticien en application de l'article R165-1 du Code de la sécurité sociale, et pour les mineurs de moins de 16 ans, le remboursement est limité à un équipement par an à compter de la date d'achat de l'équipement ou de l'un de ses éléments, dans la limite du plafond annuel prévu à la garantie. Le forfait monture est limité à 100€. En cas d'acquisition d'un équipement partiel, la notion de renouvellement démarre à compter de la date d'achat du dernier équipement.

(7) Pour les soins dentaires, les actes concernés sont ACD, AID, ADM, ASC, CD, CSD, CXD, IDD, VD, VSD, AXI, SDE / Pour les soins réparateurs et complémentaires du panier 100% santé, les actes sont RAO, RFO, RSO et SUO, les actes du panier modéré RE1 et SU1 et pour le panier à tarif libre RPN

(8) Seul un équipement par oreille peut être remboursé tous les 4 ans

(9) Le remboursement ne peut pas excéder 1 700 € par oreille (incluant le remboursement du régime obligatoire et, le cas échéant, des autres organismes complémentaires)

(10) Service de téléconsultation médicale assurée par MedecinDirect et proposée par FilAssistance International

(11) Garantie assistance assurée par FilAssistance International, Société anonyme régie par le Code des Assurances, immatriculée au répertoire SIRENE sous le n°433012689 - Siège social : 108 Bureaux de la colline 92210 SAINT-CLOUD -



BTP2-BASE

Cette garantie répond aux obligations du décret n° 2014-1374 relatif au contrat responsable et du décret n°2014-1025 du 8 septembre 2014 relatif au panier de soins. La Mutuelle de la Corse prend en charge la franchise sur les actes techniques médicaux égaux ou supérieurs à 120 €.

AMO + MUTUELLE : Les remboursements sont exprimés selon la base de remboursement de l'AMO (Assurance maladie obligatoire) ou en % du PMSS ou en euros. Les prestations en % du PMSS ou en euros s'entendent par an et par bénéficiaire, sauf mention contraire. Cette garantie est applicable en 2026.

L'hospitalisation

	AMO	AMO + MUTUELLE
		BTP2-BASE
Frais de séjour	80%	100%
Honoraires et actes des médecins dans l'OPTAM CO*	80%	100%
Honoraires et actes des médecins hors OPTAM CO*	80%	100%
Transports	55%	100%
Forfait patient urgence	0%	100%
Forfait journalier hospitalier (1)		100% FR
Chambre particulière en hôpitaux et cliniques (3) par jour (14)		20 €
Chambre particulière en établissements spécialisés (2) (3) par jour (14)		20 €
Chambre particulière sans nuitée par jour en ambulatoire (3) (14)		20 €
Frais d'accompagnant hospitalier (16) par jour dans la limite de 30 jours par an		25 €
(14) Plafond annuel global pour les chambres particulières limité à :		90 jours

Dans le cadre du conventionnement mutualiste, le remboursement des chambres particulières est limité au prix négocié.

Les soins courants

Honoraires médicaux de généralistes dans l'OPTAM*	70%	130%
Honoraires médicaux de généralistes hors OPTAM*	70%	100%
Honoraires médicaux de spécialistes dans l'OPTAM*	70%	130%
Honoraires médicaux de spécialistes hors OPTAM*	70%	100%
Actes techniques médicaux médecins adhérent à l'OPTAM*	70%	130%
Actes techniques médicaux médecins non adhérent à l'OPTAM*	70%	100%
Radiologie, imagerie médicale dans l'OPTAM*	70%	130%
Radiologie, imagerie médicale hors OPTAM*	70%	100%
Analyses et examens de laboratoire	60%	100%
Honoraires paramédicaux	60%	100%
Forfait consultations médecines douces**(3)		3 x 20 €
Ostéodensitométrie osseuse remboursée par l'AMO		100%

La pharmacie

Pharmacie à service médical rendu important - substituts nicotiniques	65%	100%
Pharmacie à service médical rendu modéré	30%	100%
Pharmacie à service médical rendu faible	15%	100%
Vaccin anti-grippe (- de 65 ans) limité à 1 par an		100% FR
Vaccins prescrits remboursés par l'AMO / non remboursés par l'AMO		100% / 50 €

Les cures

Soins, Forfait thermal	65%	100 %
 Forfait hébergement et transport (3)		50 €

L'appareillage

Appareillage	60%	100 %
Forfaits grand et petit appareillage		50 € / 50 €
Prothèse capillaire et fauteuil roulant inscrits dans le 100% santé***		100% FR

L'optique

1 Monture + 2 verres Panier 100% Santé (6) ***	60%	100% FR
Forfait monture (6) - panier à tarif libre	60%	100 €
Verre simple, par verre (6) - panier à tarif libre	60%	50 €
Verre complexe, par verre (6) - panier à tarif libre	60%	100 €
Verre très complexe, par verre (6) - panier à tarif libre	60%	130 €
Lentille et supplément optique remboursé par l'AMO (les prisme, filtre, adaptation et appairage)	60%	100%
Forfait lentilles remboursées ou non par l'AMO (3)		100 € / 100 €

Le dentaire

		BTP2-BASE
Soins dentaires (actes, soins et consultations) (7)	60%	125%
Inlay-onlay	60%	125%
Soins réparateurs et complémentaires - panier 100% santé *** (7)	60%	100% FR
Soins réparateurs et complémentaires – panier modéré et à tarif libre*** (7)	60%	160%
Prothèses dentaires - panier 100% santé***	60%	100% FR
Prothèses dentaires - panier modéré disposant d'un PLV***	60%	250%
Prothèses dentaires - panier libre ou panier modéré ne disposant pas d'un PLV***	60%	250%
Inlay core - panier 100% santé***	60%	100% FR
Inlay core - panier modéré***	60%	160%
.Inlay core - panier libre	60%	160%
Orthodontie acceptée	100%	200%
 Implants non pris en charge par l'AMO (3)(5)		200 €
soins de parodontie (dès 16 ans) (4)		200 €
prothèses dentaires non prises en charge par l'AMO (3)		200 €
Plafond de remboursement annuel incluant : les soins réparateurs et complémentaires, prothèses dentaires, inlay core et l'orthodontie à l'exclusion des éléments du panier 100% santé. Le plafond contient également les soins non pris en charge par l'AMO à savoir; la parodontie, les implants, les prothèses. Pour les actes remboursés par l'AMO, au-delà du plafond, le remboursement est égal à 125% de la base de remboursement.		10000 €

L'audition

Prothèse auditive - Panier 100% santé (8) (9)	60%	100% FR
Prothèse auditive - Panier à tarif libre (8) (9)	60%	100%
Prise en charge des piles pour les appareils auditifs (limite annuelle fixée en fonction du type d'appareil), accessoires et entretien	60%	100%

Divers

Soins à l'étranger	15 à 100%	100%
Tous les actes de prévention du contrat responsable loi n° 2004-810 du 03/08/2004	60%	100%
Séances de psychologues prises en charge par l'AMO	60%	100%
 Service de téléconsultation médicale Tél : 09 69 39 42 20 (10)		inclus
Garantie Assistance Tel : 09 69 39 42 20 (11)		inclus
Accès à la commission Aides et Secours		inclus

PMSS 2026 : 4 005 € - FR : Frais Réels

* Ces dispositifs concernent l'OPTAM, option de pratique tarifaire maîtrisée pour les médecins, et l'OPTAM-CO, option de pratique tarifaire maîtrisée pour les médecins exerçant une spécialité chirurgicale et de gynécologie obstétrique.

**Sont compris : les actes d'acupuncteur, homéopathe, mésothérapeute, dispensés par un médecin généraliste ou spécialiste titulaire d'un diplôme relatif à une des spécialités mentionnées, les actes d'ostéopathe, chiropracteur, diététicien, ergothérapeute, pédicure-podologue, psychologue, psychomotricien, psychothérapeute enregistrés sur le système d'information national des professionnels de santé (Adeli) ou au Répertoire partagé des professionnels de santé (RPPS), les actes d'étiopathes inscrits au Registre national des étiopathes et membres de l'Institut français d'étiopathie, les actes d'hypnothérapeutes inscrits à la Fédération française des hypnothérapeutes ou au Syndicat des hypnothérapeutes en tant que praticien diplômé, les actes de sophrologues inscrits à la Fédération française de sophrologie en tant que praticien diplômé. Ces prestations ne sont délivrées que pour les actes non pris en charge par l'AMO. Sont exclus les dépassements d'honoraires, effectués par des médecins ou auxiliaires médicaux ainsi que les actes en complément d'un acte remboursé par l'AMO.

***Dans le cadre du 100% Santé, des Prix Limites de Vente (PLV) ont été instaurés pour les paniers 100% santé et modéré, le remboursement de la mutuelle ajouté à celui de l'assurance maladie et éventuellement des autres complémentaires ne peut dépasser le PLV.

(1) Hormis les longs séjours, les Maisons d'Accueil Spécialisée (MAS) et les établissements pour personnes âgées dépendantes.

(2) Sont considérés comme établissements spécialisés, les établissements ne rentrant pas dans le cadre des hospitalisations médicales et chirurgicales tels que les établissements de convalescence, rééducation, psychiatriques, cliniques diététiques, préventoriums et services de moyen séjour.

(3) Sur présentation de la facture originale, nominative, acquittée et détaillée. La facture doit comporter le tampon et la signature du professionnel de santé.

(4) Pour les soins de parodontie, seuls les actes suivants peuvent bénéficier d'une prise en charge HBGB006, HBJA003, HBJA247, HBJA634. Le bilan parodontal est exclu.

(5) Pour l'implantologie, les dents 18, 28, 38 et 48 sont exclues. Pour les composants de l'implant, autres que la prothèse, le forfait s'apprécie à compter de la date de début des soins.

(6) Le remboursement est limité pour les bénéficiaires de 16 ans et plus à un équipement (monture avec deux verres) pour une période de deux ans calculée à compter de la date d'achat de l'équipement ou de l'un de ses éléments, dans la limite du plafond prévu à la garantie. Les forfaits montures et verres comprennent la prise en charge de l'assurance maladie obligatoire et, le cas échéant, des éventuels autres organismes complémentaires ou contrat intervenant avant la présente garantie. Dans tous les cas, le remboursement accordé par la mutuelle ne peut permettre au bénéficiaire d'avoir un remboursement total supérieur au plafond défini par le contrat responsable. En cas d'évolution de la correction visuelle constatée par la nouvelle prescription d'un ophtalmologue ou par la prescription initiale d'un ophtalmologue comportant les mentions portées par l'opticien en application de l'article R165-1 du Code de la sécurité sociale, et pour les mineurs de moins de 16 ans, le remboursement est limité à un équipement par an à compter de la date d'achat de l'équipement ou de l'un de ses éléments, dans la limite du plafond annuel prévu à la garantie. Le forfait monture est limité à 100€. En cas d'acquisition d'un équipement partiel, la notion de renouvellement démarre à compter de la date d'achat du dernier équipement.

(7) Pour les soins dentaires, les actes concernés sont ACD, AID, ADM, ASC, CD, CSD, CXD, IDD, VD, VSD, AXI, SDE / Pour les soins réparateurs et complémentaires du panier 100% santé, les actes sont RAO, RFO, RSO et SUO, les actes du panier modéré RE1 et SU1 et pour le panier à tarif libre RPN

(8) Seul un équipement par oreille peut être remboursé tous les 4 ans

(9) Le remboursement ne peut pas excéder 1 700 € par oreille (incluant le remboursement du régime obligatoire et, le cas échéant, des autres organismes complémentaires)

(10) Service de téléconsultation médicale assurée par MedecinDirect et proposée par FilAssistance International

(11) Garantie assistance assurée par FilAssistance International, Société anonyme régie par le Code des Assurances, immatriculée au répertoire SIRENE sous le n°433012689 - Siège social :

108 Bureaux de la colline 92210 SAINT-CLOUD -

(16) En cas d'hospitalisation de la personne assurée, les frais peuvent être engagés par toute personne accompagnant le bénéficiaire hospitalisé.



BTP3-BASE

Cette garantie répond aux obligations du décret n° 2014-1374 relatif au contrat responsable et du décret n°2014-1025 du 8 septembre 2014 relatif au panier de soins. La Mutuelle de la Corse prend en charge la franchise sur les actes techniques médicaux égaux ou supérieurs à 120 €.

AMO + MUTUELLE : Les remboursements sont exprimés selon la base de remboursement de l'AMO (Assurance maladie obligatoire) ou en % du PMSS ou en euros. Les prestations en % du PMSS ou en euros s'entendent par an et par bénéficiaire, sauf mention contraire. Cette garantie est applicable en 2026.

L'hospitalisation

	AMO	AMO + MUTUELLE
Frais de séjour	80%	BTP3-BASE 160%
Honoraires et actes des médecins dans l'OPTAM CO*	80%	160%
Honoraires et actes des médecins hors OPTAM CO*	80%	100%
Transports	55%	100%
Forfait patient urgence	0%	100%
Forfait journalier hospitalier (1)		100% FR
Chambre particulière en hôpitaux et cliniques (3) par jour (14)		50 €
Chambre particulière en établissements spécialisés (2) (3) par jour (14)		50 €
Chambre particulière sans nuitée par jour en ambulatoire (3) (14)		50 €
Frais d'accompagnant hospitalier (16) par jour dans la limite de 30 jours par an		25 €
(14) Plafond annuel global pour les chambres particulières limité à :		90 jours

Dans le cadre du conventionnement mutualiste, le remboursement des chambres particulières est limité au prix négocié.

Les soins courants

Honoraires médicaux de généralistes dans l'OPTAM*	70%	160%
Honoraires médicaux de généralistes hors OPTAM*	70%	100%
Honoraires médicaux de spécialistes dans l'OPTAM*	70%	160%
Honoraires médicaux de spécialistes hors OPTAM*	70%	100%
Actes techniques médicaux médecins adhérent à l'OPTAM*	70%	160%
Actes techniques médicaux médecins non adhérent à l'OPTAM*	70%	100%
Radiologie, imagerie médicale dans l'OPTAM*	70%	160%
Radiologie, imagerie médicale hors OPTAM*	70%	100%
Analyses et examens de laboratoire	60%	100%
Honoraires paramédicaux	60%	100%
Forfait consultations médecines douces**(3)		3 x 40 €
Ostéodensitométrie osseuse remboursée par l'AMO / non remboursée par l'AMO		100% / 70 €
Forfait contraception orale non prise en charge par l'AMO (3)		50 €
Fécondation in vitro, amniocentèse, péridurale et test de recherche de la trisomie (3)		70 €
Forfait examens de laboratoire non pris en charge par l'AMO (3)		20 €

La pharmacie

Pharmacie à service médical rendu important - substituts nicotiniques	65%	100%
Pharmacie à service médical rendu modéré	30%	100%
Pharmacie à service médical rendu faible	15%	100%
Vaccin anti-grippe (- de 65 ans) limité à 1 par an		100% FR
Vaccins prescrits remboursés par l'AMO / non remboursés par l'AMO		100% / 80 €
Médicaments prescrits non pris en charge par l'AMO (3)		50 €

Les cures

Soins, Forfait thermal	65%	100 %
Forfait hébergement et transport (3)		100 €

L'appareillage

Appareillage	60%	100 %
Forfaits grand et petit appareillage		100 € / 100 €
Prothèse capillaire et fauteuil roulant inscrits dans le 100% santé***		100% FR

L'optique

1 Monture + 2 verres Panier 100% Santé (6) ***	60%	100% FR
Forfait monture (6) - panier à tarif libre	60%	100 €
Verre simple, par verre (6) - panier à tarif libre	60%	80 €
Verre complexe, par verre (6) - panier à tarif libre	60%	140 €
Verre très complexe, par verre (6) - panier à tarif libre	60%	190 €
Lentille et supplément optique remboursé par l'AMO (les prisme, filtre, adaptation et appairage)	60%	100%
Forfait lentilles remboursées ou non par l'AMO (3)		120 € / 120 €
Forfait chirurgie oculaire non prise en charge par l'AMO (3), par œil		200 €

Le dentaire

		BTP3-BASE
Soins dentaires (actes, soins et consultations) (7)	60%	150%
Inlay-onlay	60%	150%
Soins réparateurs et complémentaires - panier 100% santé *** (7)	60%	100% FR
Soins réparateurs et complémentaires – panier modéré et à tarif libre*** (7)	60%	200%
Prothèses dentaires - panier 100% santé***	60%	100% FR
Prothèses dentaires - panier modéré disposant d'un PLV***	60%	350%
Prothèses dentaires - panier libre ou panier modéré ne disposant pas d'un PLV***	60%	350%
Inlay core - panier 100% santé***	60%	100% FR
Inlay core - panier modéré***	60%	200%
.Inlay core - panier libre	60%	200%
Orthodontie acceptée	100%	250%
Implants non pris en charge par l'AMO (3)(5)		300 €
soins de parodontie (dès 16 ans) (4)		300 €
prothèses dentaires non prises en charge par l'AMO (3)		250 €
Orthodontie non prise en charge par l'AMO (3) dès 16 ans		300 €
Plafond de remboursement annuel incluant : les soins réparateurs et complémentaires, prothèses dentaires, inlay core et l'orthodontie à l'exclusion des éléments du panier 100% santé. Le plafond contient également les soins non pris en charge par l'AMO à savoir; la parodontie, les implants, les prothèses et l'orthodontie. Pour les actes remboursés par l'AMO, au-delà du plafond, le remboursement est égal à 125% de la base de remboursement.		10000 €

L'audition

Prothèse auditive - Panier 100% santé (8) (9)	60%	100% FR
Prothèse auditive - Panier à tarif libre (8) (9)	60%	100%
Prise en charge des piles pour les appareils auditifs (limite annuelle fixée en fonction du type d'appareil), accessoires et entretien	60%	100%
 Forfait prothèse auditive - panier à tarif libre pour les personnes de 20 ans et + (8) (9), par oreille		300 €
 Forfait prothèse auditive - panier à tarif libre pour les personnes de moins 20 ans ou atteintes de cécité (8) (9), par oreille		300 €

Divers

Soins à l'étranger	15 à 100%	100%
Tous les actes de prévention du contrat responsable loi n° 2004-810 du 03/08/2004	60%	100%
Séances de psychologues prises en charge par l'AMO	60%	100%
 Service de téléconsultation médicale Tél : 09 69 39 42 20 (10)		inclus
 Garantie Assistance Tel : 09 69 39 42 20 (11)		inclus
Accès à la commission Aides et Secours		inclus

PMSS 2026 : 4 005 € - FR : Frais Réels

* Ces dispositifs concernent l'OPTAM, option de pratique tarifaire maîtrisée pour les médecins, et l'OPTAM-CO, option de pratique tarifaire maîtrisée pour les médecins exerçant une spécialité chirurgicale et de gynécologie obstétrique.

**Sont compris : les actes d'acupuncteur, homéopathe, mésothérapeute, dispensés par un médecin généraliste ou spécialiste titulaire d'un diplôme relatif à une des spécialités mentionnées, les actes d'ostéopathe, chiropracteur, diététicien, ergothérapeute, pédicure-podologue, psychologue, psychomotricien, psychothérapeute enregistrés sur le système d'information national des professionnels de santé (Adeli) ou au Répertoire partagé des professionnels de santé (RPPS), les actes d'étiopathes inscrits au Registre national des étiopathes et membres de l'Institut français d'étiopathie, les actes d'hypnothérapeutes inscrits à la Fédération française des hypnothérapeutes ou au Syndicat des hypnothérapeutes en tant que praticien diplômé, les actes de sophrologues inscrits à la Fédération française de sophrologie en tant que praticien diplômé. Ces prestations ne sont délivrées que pour les actes non pris en charge par l'AMO. Sont exclus les dépassements d'honoraires, effectués par des médecins ou auxiliaires médicaux ainsi que les actes en complément d'un acte remboursé par l'AMO.

***Dans le cadre du 100% Santé, des Prix Limites de Vente (PLV) ont été instaurés pour les paniers 100% santé et modéré, le remboursement de la mutuelle ajouté à celui de l'assurance maladie et éventuellement des autres complémentaires ne peut dépasser le PLV.

(1) Hormis les longs séjours, les Maisons d'Accueil Spécialisée (MAS) et les établissements pour personnes âgées dépendantes.

(2) Sont considérés comme établissements spécialisés, les établissements ne rentrant pas dans le cadre des hospitalisations médicales et chirurgicales tels que les établissements de convalescence, rééducation, psychiatriques, cliniques diététiques, préventoriums et services de moyen séjour.

(3) Sur présentation de la facture originale, nominative, acquittée et détaillée. La facture doit comporter le tampon et la signature du professionnel de santé.

(4) Pour les soins de parodontie, seuls les actes suivants peuvent bénéficier d'une prise en charge HBGB006, HBJA003, HBJA247, HBJA634. Le bilan parodontal est exclu.

(5) Pour l'implantologie, les dents 18, 28, 38 et 48 sont exclues. Pour les composants de l'implant, autres que la prothèse, le forfait s'apprécie à compter de la date de début des soins.

(6) Le remboursement est limité pour les bénéficiaires de 16 ans et plus à un équipement (monture avec deux verres) pour une période de deux ans calculée à compter de la date d'achat de l'équipement ou de l'un de ses éléments, dans la limite du plafond prévu à la garantie. Les forfaits montures et verres comprennent la prise en charge de l'assurance maladie obligatoire et, le cas échéant, des éventuels autres organismes complémentaires ou contrat intervenant avant la présente garantie. Dans tous les cas, le remboursement accordé par la mutuelle ne peut permettre au bénéficiaire d'avoir un remboursement total supérieur au plafond défini par le contrat responsable. En cas d'évolution de la correction visuelle constatée par la nouvelle prescription d'un ophtalmologue ou par la prescription initiale d'un ophtalmologue comportant les mentions portées par l'opticien en application de l'article R165-1 du Code de la sécurité sociale, et pour les mineurs de moins de 16 ans, le remboursement est limité à un équipement par an à compter de la date d'achat de l'équipement ou de l'un de ses éléments, dans la limite du plafond annuel prévu à la garantie. Le forfait monture est limité à 100€. En cas d'acquisition d'un équipement partiel, la notion de renouvellement démarre à compter de la date d'achat du dernier équipement.

(7) Pour les soins dentaires, les actes concernés sont ACD, AID, ADM, ASC, CD, CSD, CXD, IDD, VD, VSD, AXI, SDE / Pour les soins réparateurs et complémentaires du panier 100% santé, les actes sont RAO, RFO, RSO et SUO, les actes du panier modéré RE1 et SU1 et pour le panier à tarif libre RPN

(8) Seul un équipement par oreille peut être remboursé tous les 4 ans

(9) Le remboursement ne peut pas excéder 1 700 € par oreille (incluant le remboursement du régime obligatoire et, le cas échéant, des autres organismes complémentaires)

(10) Service de téléconsultation médicale assurée par MedecinDirect et proposée par FilAssistance International

(11) Garantie assistance assurée par FilAssistance International, Société anonyme régie par le Code des Assurances, immatriculée au répertoire SIRENE sous le n°433012689 - Siège social : 108 Bureaux de la colline 92210 SAINT-CLOUD -

(16) En cas d'hospitalisation de la personne assurée, les frais peuvent être engagés par toute personne accompagnant le bénéficiaire hospitalisé.



BTP4-BASE

Cette garantie répond aux obligations du décret n° 2014-1374 relatif au contrat responsable et du décret n°2014-1025 du 8 septembre 2014 relatif au panier de soins. La Mutuelle de la Corse prend en charge la franchise sur les actes techniques médicaux égaux ou supérieurs à 120 €.

AMO + MUTUELLE : Les remboursements sont exprimés selon la base de remboursement de l'AMO (Assurance maladie obligatoire) ou en % du PMSS ou en euros. Les prestations en % du PMSS ou en euros s'entendent par an et par bénéficiaire, sauf mention contraire. Cette garantie est applicable en 2026.

L'hospitalisation

	AMO	AMO + MUTUELLE
Frais de séjour	80%	BTP4-BASE 200%
Honoraires et actes des médecins dans l'OPTAM CO*	80%	200%
Honoraires et actes des médecins hors OPTAM CO*	80%	180%
Transports	55%	100%
Forfait patient urgence	0%	100%
Forfait journalier hospitalier (1)		100% FR
Chambre particulière en hôpitaux et cliniques (3) par jour (14)		65 €
Chambre particulière en établissements spécialisés (2) (3) par jour (14)		65 €
Chambre particulière sans nuitée par jour en ambulatoire (3) (14)		50 €
Frais d'accompagnant hospitalier (16) par jour dans la limite de 30 jours par an		30 €
(14) Plafond annuel global pour les chambres particulières limité à :		90 jours

Dans le cadre du conventionnement mutualiste, le remboursement des chambres particulières est limité au prix négocié.

Les soins courants

Honoraires médicaux de généralistes dans l'OPTAM*	70%	200%
Honoraires médicaux de généralistes hors OPTAM*	70%	180%
Honoraires médicaux de spécialistes dans l'OPTAM*	70%	200%
Honoraires médicaux de spécialistes hors OPTAM*	70%	180%
Actes techniques médicaux médecins adhérent à l'OPTAM*	70%	200%
Actes techniques médicaux médecins non adhérent à l'OPTAM*	70%	180%
Radiologie, imagerie médicale dans l'OPTAM*	70%	200%
Radiologie, imagerie médicale hors OPTAM*	70%	180%
Analyses et examens de laboratoire	60%	100%
Honoraires paramédicaux	60%	100%
Forfait consultations médecines douces**(3)		5 x 40 €
Ostéodensitométrie osseuse remboursée par l'AMO / non remboursée par l'AMO		100% / 150 €
Forfait contraception orale non prise en charge par l'AMO (3)		80 €
Fécondation in vitro, amniocentèse, péridurale et test de recherche de la trisomie (3)		150 €
Forfait examens de laboratoire non pris en charge par l'AMO (3)		60 €

La pharmacie

Pharmacie à service médical rendu important - substituts nicotiniques	65%	100%
Pharmacie à service médical rendu modéré	30%	100%
Pharmacie à service médical rendu faible	15%	100%
Vaccin anti-grippe (- de 65 ans) limité à 1 par an		100% FR
Vaccins prescrits remboursés par l'AMO / non remboursés par l'AMO		100% / 150 €
Médicaments prescrits non pris en charge par l'AMO (3)		75 €

Les cures

Soins, Forfait thermal	65%	100 %
Forfait hébergement et transport (3)		150 €

L'appareillage

Appareillage	60%	100 %
Forfaits grand et petit appareillage		200 € / 100 €
Prothèse capillaire et fauteuil roulant inscrits dans le 100% santé***		100% FR

L'optique

1 Monture + 2 verres Panier 100% Santé (6) ***	60%	100% FR
Forfait monture (6) - panier à tarif libre	60%	100 €
Verre simple, par verre (6) - panier à tarif libre	60%	110 €
Verre complexe, par verre (6) - panier à tarif libre	60%	190 €
Verre très complexe, par verre (6) - panier à tarif libre	60%	250 €
Lentille et supplément optique remboursé par l'AMO (les prisme, filtre, adaptation et appairage)	60%	100%
Forfait lentilles remboursées ou non par l'AMO (3)		200 € / 200 €
Forfait chirurgie oculaire non prise en charge par l'AMO (3), par œil		350 €

Le dentaire

		BTP4-BASE
Soins dentaires (actes, soins et consultations) (7)	60%	200%
Inlay-onlay	60%	200%
Soins réparateurs et complémentaires - panier 100% santé *** (7)	60%	100% FR
Soins réparateurs et complémentaires – panier modéré et à tarif libre*** (7)	60%	280%
Prothèses dentaires - panier 100% santé***	60%	100% FR
Prothèses dentaires - panier modéré disposant d'un PLV***	60%	450%
Prothèses dentaires - panier libre ou panier modéré ne disposant pas d'un PLV***	60%	450%
Inlay core - panier 100% santé***	60%	100% FR
Inlay core - panier modéré***	60%	250%
.Inlay core - panier libre	60%	250%
Orthodontie acceptée	100%	300%
Implants non pris en charge par l'AMO (3)(5)		400 €
soins de parodontie (dès 16 ans) (4)		400 €
prothèses dentaires non prises en charge par l'AMO (3)		300 €
Orthodontie non prise en charge par l'AMO (3) dès 16 ans		400 €
Plafond de remboursement annuel incluant : les soins réparateurs et complémentaires, prothèses dentaires, inlay core et l'orthodontie à l'exclusion des éléments du panier 100% santé. Le plafond contient également les soins non pris en charge par l'AMO à savoir; la parodontie, les implants, les prothèses et l'orthodontie. Pour les actes remboursés par l'AMO, au-delà du plafond, le remboursement est égal à 125% de la base de remboursement.		10000 €

L'audition

Prothèse auditive - Panier 100% santé (8) (9)	60%	100% FR
Prothèse auditive - Panier à tarif libre (8) (9)	60%	100%
Prise en charge des piles pour les appareils auditifs (limite annuelle fixée en fonction du type d'appareil), accessoires et entretien	60%	100%
 Forfait prothèse auditive - panier à tarif libre pour les personnes de 20 ans et + (8) (9), par oreille		600 €
Forfait prothèse auditive - panier à tarif libre pour les personnes de moins 20 ans ou atteintes de cécité (8) (9), par oreille		300 €

Divers

Soins à l'étranger	15 à 100%	100%
Tous les actes de prévention du contrat responsable loi n° 2004-810 du 03/08/2004	60%	100%
Séances de psychologues prises en charge par l'AMO	60%	100%
 Service de téléconsultation médicale Tél : 09 69 39 42 20 (10)		inclus
Garantie Assistance Tel : 09 69 39 42 20 (11)		inclus
Accès à la commission Aides et Secours		inclus

PMSS 2026 : 4 005 € - FR : Frais Réels

* Ces dispositifs concernent l'OPTAM, option de pratique tarifaire maîtrisée pour les médecins, et l'OPTAM-CO, option de pratique tarifaire maîtrisée pour les médecins exerçant une spécialité chirurgicale et de gynécologie obstétrique.

**Sont compris : les actes d'acupuncteur, homéopathe, mésothérapeute, dispensés par un médecin généraliste ou spécialiste titulaire d'un diplôme relatif à une des spécialités mentionnées, les actes d'ostéopathe, chiropracteur, diététicien, ergothérapeute, pédicure-podologue, psychologue, psychomotricien, psychothérapeute enregistrés sur le système d'information national des professionnels de santé (Adeli) ou au Répertoire partagé des professionnels de santé (RPPS), les actes d'étiopathes inscrits au Registre national des étiopathes et membres de l'Institut français d'étiopathie, les actes d'hypnothérapeutes inscrits à la Fédération française des hypnothérapeutes ou au Syndicat des hypnothérapeutes en tant que praticien diplômé, les actes de sophrologues inscrits à la Fédération française de sophrologie en tant que praticien diplômé. Ces prestations ne sont délivrées que pour les actes non pris en charge par l'AMO. Sont exclus les dépassements d'honoraires, effectués par des médecins ou auxiliaires médicaux ainsi que les actes en complément d'un acte remboursé par l'AMO.

***Dans le cadre du 100% Santé, des Prix Limites de Vente (PLV) ont été instaurés pour les paniers 100% santé et modéré, le remboursement de la mutuelle ajouté à celui de l'assurance maladie et éventuellement des autres complémentaires ne peut dépasser le PLV.

(1) Hormis les longs séjours, les Maisons d'Accueil Spécialisée (MAS) et les établissements pour personnes âgées dépendantes.

(2) Sont considérés comme établissements spécialisés, les établissements ne rentrant pas dans le cadre des hospitalisations médicales et chirurgicales tels que les établissements de convalescence, rééducation, psychiatriques, cliniques diététiques, préventorijs et services de moyen séjour.

(3) Sur présentation de la facture originale, nominative, acquittée et détaillée. La facture doit comporter le tampon et la signature du professionnel de santé.

(4) Pour les soins de parodontie, seuls les actes suivants peuvent bénéficier d'une prise en charge HBGB006, HBJA003, HBJA247, HBJA634. Le bilan parodontal est exclu.

(5) Pour l'implantologie, les dents 18, 28, 38 et 48 sont exclues. Pour les composants de l'implant, autres que la prothèse, le forfait s'apprécie à compter de la date de début des soins.

(6) Le remboursement est limité pour les bénéficiaires de 16 ans et plus à un équipement (monture avec deux verres) pour une période de deux ans calculée à compter de la date d'achat de l'équipement ou de l'un de ses éléments, dans la limite du plafond prévu à la garantie. Les forfaits montures et verres comprennent la prise en charge de l'assurance maladie obligatoire et, le cas échéant, des éventuels autres organismes complémentaires ou contrat intervenant avant la présente garantie. Dans tous les cas, le remboursement accordé par la mutuelle ne peut permettre au bénéficiaire d'avoir un remboursement total supérieur au plafond défini par le contrat responsable. En cas d'évolution de la correction visuelle constatée par la nouvelle prescription d'un ophtalmologue ou par la prescription initiale d'un ophtalmologue comportant les mentions portées par l'opticien en application de l'article R165-1 du Code de la sécurité sociale, et pour les mineurs de moins de 16 ans, le remboursement est limité à un équipement par an à compter de la date d'achat de l'équipement ou de l'un de ses éléments, dans la limite du plafond annuel prévu à la garantie. Le forfait monture est limité à 100€. En cas d'acquisition d'un équipement partiel, la notion de renouvellement démarre à compter de la date d'achat du dernier équipement.

(7) Pour les soins dentaires, les actes concernés sont ACD, AID, ADM, ASC, CD, CSD, CXD, IDD, VD, VSD, AXI, SDE / Pour les soins réparateurs et complémentaires du panier 100% santé, les actes sont RAO, RFO, RSO et SUO, les actes du panier modéré RE1 et SU1 et pour le panier à tarif libre RPN

(8) Seul un équipement par oreille peut être remboursé tous les 4 ans

(9) Le remboursement ne peut pas excéder 1 700 € par oreille (incluant le remboursement du régime obligatoire et, le cas échéant, des autres organismes complémentaires)

(10) Service de téléconsultation médicale assurée par MedecinDirect et proposée par FilAssistance International

(11) Garantie assistance assurée par FilAssistance International, Société anonyme régie par le Code des Assurances, immatriculée au répertoire SIRENE sous le n°433012689 - Siège social : 108 Bureaux de la colline 92210 SAINT-CLOUD -

(16) En cas d'hospitalisation de la personne assurée, les frais peuvent être engagés par toute personne accompagnant le bénéficiaire hospitalisé.



BTP5-BASE

Cette garantie répond aux obligations du décret n° 2014-1374 relatif au contrat responsable et du décret n°2014-1025 du 8 septembre 2014 relatif au panier de soins. La Mutuelle de la Corse prend en charge la franchise sur les actes techniques médicaux égaux ou supérieurs à 120 €.

AMO + MUTUELLE : Les remboursements sont exprimés selon la base de remboursement de l'AMO (Assurance maladie obligatoire) ou en % du PMSS ou en euros. Les prestations en % du PMSS ou en euros s'entendent par an et par bénéficiaire, sauf mention contraire. Cette garantie est applicable en 2026.

L'hospitalisation

	AMO	AMO + MUTUELLE
Frais de séjour	80%	BTP5-BASE 275%
Honoraires et actes des médecins dans l'OPTAM CO*	80%	275%
Honoraires et actes des médecins hors OPTAM CO*	80%	200%
Transports	55%	100%
Forfait patient urgence	0%	100%
Forfait journalier hospitalier (1)		100% FR
Chambre particulière en hôpitaux et cliniques (3) par jour (14)		90 €
Chambre particulière en établissements spécialisés (2) (3) par jour (14)		90 €
Chambre particulière sans nuitée par jour en ambulatoire (3) (14)		50 €
Frais d'accompagnant hospitalier (16) par jour dans la limite de 30 jours par an		40 €
(14) Plafond annuel global pour les chambres particulières limité à :		90 jours

Dans le cadre du conventionnement mutualiste, le remboursement des chambres particulières est limité au prix négocié.

Les soins courants

Honoraires médicaux de généralistes dans l'OPTAM*	70%	275%
Honoraires médicaux de généralistes hors OPTAM*	70%	200%
Honoraires médicaux de spécialistes dans l'OPTAM*	70%	275%
Honoraires médicaux de spécialistes hors OPTAM*	70%	200%
Actes techniques médicaux médecins adhérent à l'OPTAM*	70%	275%
Actes techniques médicaux médecins non adhérent à l'OPTAM*	70%	200%
Radiologie, imagerie médicale dans l'OPTAM*	70%	275%
Radiologie, imagerie médicale hors OPTAM*	70%	200%
Analyses et examens de laboratoire	60%	100%
Honoraires paramédicaux	60%	100%
Forfait consultations médecines douces**(3)		6 x 50 €
Ostéodensitométrie osseuse remboursée par l'AMO / non remboursée par l'AMO		100% / 200 €
Forfait contraception orale non prise en charge par l'AMO (3)		150 €
Fécondation in vitro, amniocentèse, péridurale et test de recherche de la trisomie (3)		200 €
Forfait examens de laboratoire non pris en charge par l'AMO (3)		80 €

La pharmacie

Pharmacie à service médical rendu important - substituts nicotiniques	65%	100%
Pharmacie à service médical rendu modéré	30%	100%
Pharmacie à service médical rendu faible	15%	100%
Vaccin anti-grippe (- de 65 ans) limité à 1 par an		100% FR
Vaccins prescrits remboursés par l'AMO / non remboursés par l'AMO		100% / 170 €
Médicaments prescrits non pris en charge par l'AMO (3)		100 €

Les cures

Soins, Forfait thermal	65%	100 %
Forfait hébergement et transport (3)		350 €

L'appareillage

Appareillage	60%	100 %
Forfaits grand et petit appareillage		400 € / 100 €
Prothèse capillaire et fauteuil roulant inscrits dans le 100% santé***		100% FR

L'optique

1 Monture + 2 verres Panier 100% Santé (6) ***	60%	100% FR
Forfait monture (6) - panier à tarif libre	60%	100 €
Verre simple, par verre (6) - panier à tarif libre	60%	130 €
Verre complexe, par verre (6) - panier à tarif libre	60%	250 €
Verre très complexe, par verre (6) - panier à tarif libre	60%	300 €
Lentille et supplément optique remboursé par l'AMO (les prisme, filtre, adaptation et appairage)	60%	100%
Forfait lentilles remboursées ou non par l'AMO (3)		275 € / 275 €
Forfait chirurgie oculaire non prise en charge par l'AMO (3), par œil		500 €

Le dentaire

		BTP5-BASE
Soins dentaires (actes, soins et consultations) (7)	60%	200%
Inlay-onlay	60%	250%
Soins réparateurs et complémentaires - panier 100% santé *** (7)	60%	100% FR
Soins réparateurs et complémentaires – panier modéré et à tarif libre*** (7)	60%	360%
Prothèses dentaires - panier 100% santé***	60%	100% FR
Prothèses dentaires - panier modéré disposant d'un PLV***	60%	500%
Prothèses dentaires - panier libre ou panier modéré ne disposant pas d'un PLV***	60%	500%
Inlay core - panier 100% santé***	60%	100% FR
Inlay core - panier modéré***	60%	100% FR
.Inlay core - panier libre	60%	300%
Orthodontie acceptée	100%	400%
Implants non pris en charge par l'AMO (3)(5)		500 €
soins de parodontie (dès 16 ans) (4)		500 €
prothèses dentaires non prises en charge par l'AMO (3)		300 €
Orthodontie non prise en charge par l'AMO (3) dès 16 ans		400 €
Plafond de remboursement annuel incluant : les soins réparateurs et complémentaires, prothèses dentaires, inlay core et l'orthodontie à l'exclusion des éléments du panier 100% santé. Le plafond contient également les soins non pris en charge par l'AMO à savoir; la parodontie, les implants, les prothèses et l'orthodontie. Pour les actes remboursés par l'AMO, au-delà du plafond, le remboursement est égal à 125% de la base de remboursement.		10000 €

L'audition

Prothèse auditive - Panier 100% santé (8) (9)	60%	100% FR
Prothèse auditive - Panier à tarif libre (8) (9)	60%	100%
Prise en charge des piles pour les appareils auditifs (limite annuelle fixée en fonction du type d'appareil), accessoires et entretien	60%	100%
 Forfait prothèse auditive - panier à tarif libre pour les personnes de 20 ans et + (8) (9), par oreille		1000 €
 Forfait prothèse auditive - panier à tarif libre pour les personnes de moins 20 ans ou atteintes de cécité (8) (9), par oreille		300 €

Divers

Soins à l'étranger	15 à 100%	100%
Tous les actes de prévention du contrat responsable loi n° 2004-810 du 03/08/2004	60%	100%
Séances de psychologues prises en charge par l'AMO	60%	100%
 Service de téléconsultation médicale Tél : 09 69 39 42 20 (10)		inclus
 Garantie Assistance Tel : 09 69 39 42 20 (11)		inclus
Accès à la commission Aides et Secours		inclus

PMSS 2026 : 4 005 € - FR : Frais Réels

* Ces dispositifs concernent l'OPTAM, option de pratique tarifaire maîtrisée pour les médecins, et l'OPTAM-CO, option de pratique tarifaire maîtrisée pour les médecins exerçant une spécialité chirurgicale et de gynécologie obstétrique.

**Sont compris : les actes d'acupuncteur, homéopathe, mésothérapeute, dispensés par un médecin généraliste ou spécialiste titulaire d'un diplôme relatif à une des spécialités mentionnées, les actes d'ostéopathe, chiropracteur, diététicien, ergothérapeute, pédicure-podologue, psychologue, psychomotricien, psychothérapeute enregistrés sur le système d'information national des professionnels de santé (Adeli) ou au Répertoire partagé des professionnels de santé (RPPS), les actes d'étiopathes inscrits au Registre national des étiopathes et membres de l'Institut français d'étiopathie, les actes d'hypnothérapeutes inscrits à la Fédération française des hypnothérapeutes ou au Syndicat des hypnothérapeutes en tant que praticien diplômé, les actes de sophrologues inscrits à la Fédération française de sophrologie en tant que praticien diplômé. Ces prestations ne sont délivrées que pour les actes non pris en charge par l'AMO. Sont exclus les dépassements d'honoraires, effectués par des médecins ou auxiliaires médicaux ainsi que les actes en complément d'un acte remboursé par l'AMO.

***Dans le cadre du 100% Santé, des Prix Limites de Vente (PLV) ont été instaurés pour les paniers 100% santé et modéré, le remboursement de la mutuelle ajouté à celui de l'assurance maladie et éventuellement des autres complémentaires ne peut dépasser le PLV.

(1) Hormis les longs séjours, les Maisons d'Accueil Spécialisée (MAS) et les établissements pour personnes âgées dépendantes.

(2) Sont considérés comme établissements spécialisés, les établissements ne rentrant pas dans le cadre des hospitalisations médicales et chirurgicales tels que les établissements de convalescence, rééducation, psychiatriques, cliniques diététiques, préventoriiums et services de moyen séjour.

(3) Sur présentation de la facture originale, nominative, acquittée et détaillée. La facture doit comporter le tampon et la signature du professionnel de santé.

(4) Pour les soins de parodontie, seuls les actes suivants peuvent bénéficier d'une prise en charge HBGB006, HBJA003, HBJA247, HBJA634. Le bilan parodontal est exclu.

(5) Pour l'implantologie, les dents 18, 28, 38 et 48 sont exclues. Pour les composants de l'implant, autres que la prothèse, le forfait s'apprécie à compter de la date de début des soins.

(6) Le remboursement est limité pour les bénéficiaires de 16 ans et plus à un équipement (monture avec deux verres) pour une période de deux ans calculée à compter de la date d'achat de l'équipement ou de l'un de ses éléments, dans la limite du plafond prévu à la garantie. Les forfaits montures et verres comprennent la prise en charge de l'assurance maladie obligatoire et, le cas échéant, des éventuels autres organismes complémentaires ou contrat intervenant avant la présente garantie. Dans tous les cas, le remboursement accordé par la mutuelle ne peut permettre au bénéficiaire d'avoir un remboursement total supérieur au plafond défini par le contrat responsable. En cas d'évolution de la correction visuelle constatée par la nouvelle prescription d'un ophtalmologue ou par la prescription initiale d'un ophtalmologue comportant les mentions portées par l'opticien en application de l'article R165-1 du Code de la sécurité sociale, et pour les mineurs de moins de 16 ans, le remboursement est limité à un équipement par an à compter de la date d'achat de l'équipement ou de l'un de ses éléments, dans la limite du plafond annuel prévu à la garantie. Le forfait monture est limité à 100€. En cas d'acquisition d'un équipement partiel, la notion de renouvellement démarre à compter de la date d'achat du dernier équipement.

(7) Pour les soins dentaires, les actes concernés sont ACD, AID, ADM, ASC, CD, CSD, CXD, IDD, VD, VSD, AXI, SDE / Pour les soins réparateurs et complémentaires du panier 100% santé, les actes sont RAO, RFO, RSO et SUO, les actes du panier modéré RE1 et SU1 et pour le panier à tarif libre RPN

(8) Seul un équipement par oreille peut être remboursé tous les 4 ans

(9) Le remboursement ne peut pas excéder 1 700 € par oreille (incluant le remboursement du régime obligatoire et, le cas échéant, des autres organismes complémentaires)

(10) Service de téléconsultation médicale assurée par MedecinDirect et proposée par FilAssistance International

(11) Garantie assistance assurée par FilAssistance International, Société anonyme régie par le Code des Assurances, immatriculée au répertoire SIRENE sous le n°433012689 - Siège social : 108 Bureaux de la colline 92210 SAINT-CLOUD -

(16) En cas d'hospitalisation de la personne assurée, les frais peuvent être engagés par toute personne accompagnant le bénéficiaire hospitalisé.



BTP6-BASE

Cette garantie répond aux obligations du décret n° 2014-1374 relatif au contrat responsable et du décret n°2014-1025 du 8 septembre 2014 relatif au panier de soins. La Mutuelle de la Corse prend en charge la franchise sur les actes techniques médicaux égaux ou supérieurs à 120 €.

AMO + MUTUELLE : Les remboursements sont exprimés selon la base de remboursement de l'AMO (Assurance maladie obligatoire) ou en % du PMSS ou en euros. Les prestations en % du PMSS ou en euros s'entendent par an et par bénéficiaire, sauf mention contraire. Cette garantie est applicable en 2026.

L'hospitalisation

	AMO	AMO + MUTUELLE
Frais de séjour	80%	BTP6-BASE 350%
Honoraires et actes des médecins dans l'OPTAM CO*	80%	350%
Honoraires et actes des médecins hors OPTAM CO*	80%	200%
Transports	55%	100%
Forfait patient urgence	0%	100%
Forfait journalier hospitalier (1)		100% FR
Chambre particulière en hôpitaux et cliniques (3) par jour (14)		120 €
Chambre particulière en établissements spécialisés (2) (3) par jour (14)		100 €
Chambre particulière sans nuitée par jour en ambulatoire (3) (14)		50 €
Frais d'accompagnant hospitalier (16) par jour dans la limite de 30 jours par an		45 €
(14) Plafond annuel global pour les chambres particulières limité à :		90 jours

Dans le cadre du conventionnement mutualiste, le remboursement des chambres particulières est limité au prix négocié.

Les soins courants

Honoraires médicaux de généralistes dans l'OPTAM*	70%	350%
Honoraires médicaux de généralistes hors OPTAM*	70%	200%
Honoraires médicaux de spécialistes dans l'OPTAM*	70%	350%
Honoraires médicaux de spécialistes hors OPTAM*	70%	200%
Actes techniques médicaux médecins adhérent à l'OPTAM*	70%	350%
Actes techniques médicaux médecins non adhérent à l'OPTAM*	70%	200%
Radiologie, imagerie médicale dans l'OPTAM*	70%	350%
Radiologie, imagerie médicale hors OPTAM*	70%	200%
Analyses et examens de laboratoire	60%	100%
Honoraires paramédicaux	60%	100%
Forfait consultations médecines douces**(3)		8 x 50 €
Ostéodensitométrie osseuse remboursée par l'AMO / non remboursée par l'AMO		100% / 250 €
Forfait contraception orale non prise en charge par l'AMO (3)		150 €
Fécondation in vitro, amniocentèse, péridurale et test de recherche de la trisomie (3)		250 €
Forfait examens de laboratoire non pris en charge par l'AMO (3)		100 €

La pharmacie

Pharmacie à service médical rendu important - substituts nicotiniques	65%	100%
Pharmacie à service médical rendu modéré	30%	100%
Pharmacie à service médical rendu faible	15%	100%
Vaccin anti-grippe (- de 65 ans) limité à 1 par an		100% FR
Vaccins prescrits remboursés par l'AMO / non remboursés par l'AMO		100% / 200 €
Médicaments prescrits non pris en charge par l'AMO (3)		100 €

Les cures

Soins, Forfait thermal	65%	100 %
Forfait hébergement et transport (3)		650 €

L'appareillage

Appareillage	60%	100 %
Forfaits grand et petit appareillage		600 € / 100 €
Prothèse capillaire et fauteuil roulant inscrits dans le 100% santé***		100% FR

L'optique

1 Monture + 2 verres Panier 100% Santé (6) ***	60%	100% FR
Forfait monture (6) - panier à tarif libre	60%	100 €
Verre simple, par verre (6) - panier à tarif libre	60%	160 €
Verre complexe, par verre (6) - panier à tarif libre	60%	300 €
Verre très complexe, par verre (6) - panier à tarif libre	60%	350 €
Lentille et supplément optique remboursé par l'AMO (les prisme, filtre, adaptation et appairage)	60%	100%
Forfait lentilles remboursées ou non par l'AMO (3)		350 € / 350 €
Forfait chirurgie oculaire non prise en charge par l'AMO (3), par œil		700 €

Le dentaire

		BTP6-BASE
Soins dentaires (actes, soins et consultations) (7)	60%	200%
Inlay-onlay	60%	250%
Soins réparateurs et complémentaires - panier 100% santé *** (7)	60%	100% FR
Soins réparateurs et complémentaires – panier modéré et à tarif libre*** (7)	60%	360%
Prothèses dentaires - panier 100% santé***	60%	100% FR
Prothèses dentaires - panier modéré disposant d'un PLV***	60%	550%
Prothèses dentaires - panier libre ou panier modéré ne disposant pas d'un PLV***	60%	550%
Inlay core - panier 100% santé***	60%	100% FR
Inlay core - panier modéré***	60%	100% FR
.Inlay core - panier libre	60%	300%
Orthodontie acceptée	100%	400%
Implants non pris en charge par l'AMO (3)(5)		650 €
soins de parodontie (dès 16 ans) (4)		650 €
prothèses dentaires non prises en charge par l'AMO (3)		350 €
Orthodontie non prise en charge par l'AMO (3) dès 16 ans		500 €
Plafond de remboursement annuel incluant : les soins réparateurs et complémentaires, prothèses dentaires, inlay core et l'orthodontie à l'exclusion des éléments du panier 100% santé. Le plafond contient également les soins non pris en charge par l'AMO à savoir; la parodontie, les implants, les prothèses et l'orthodontie. Pour les actes remboursés par l'AMO, au-delà du plafond, le remboursement est égal à 125% de la base de remboursement.		10000 €

L'audition

Prothèse auditive - Panier 100% santé (8) (9)	60%	100% FR
Prothèse auditive - Panier à tarif libre (8) (9)	60%	100%
Prise en charge des piles pour les appareils auditifs (limite annuelle fixée en fonction du type d'appareil), accessoires et entretien	60%	100%
 Forfait prothèse auditive - panier à tarif libre pour les personnes de 20 ans et + (8) (9), par oreille		1300 €
 Forfait prothèse auditive - panier à tarif libre pour les personnes de moins 20 ans ou atteintes de cécité (8) (9), par oreille		300 €

Divers

Soins à l'étranger	15 à 100%	100%
Tous les actes de prévention du contrat responsable loi n° 2004-810 du 03/08/2004	60%	100%
Séances de psychologues prises en charge par l'AMO	60%	100%
 Service de téléconsultation médicale Tél : 09 69 39 42 20 (10)		inclus
 Garantie Assistance Tel : 09 69 39 42 20 (11)		inclus
Accès à la commission Aides et Secours		inclus

PMSS 2026 : 4 005 € - FR : Frais Réels

* Ces dispositifs concernent l'OPTAM, option de pratique tarifaire maîtrisée pour les médecins, et l'OPTAM-CO, option de pratique tarifaire maîtrisée pour les médecins exerçant une spécialité chirurgicale et de gynécologie obstétrique.

**Sont compris : les actes d'acupuncteur, homéopathe, mésothérapeute, dispensés par un médecin généraliste ou spécialiste titulaire d'un diplôme relatif à une des spécialités mentionnées, les actes d'ostéopathe, chiropracteur, diététicien, ergothérapeute, pédicure-podologue, psychologue, psychomotricien, psychothérapeute enregistrés sur le système d'information national des professionnels de santé (Adeli) ou au Répertoire partagé des professionnels de santé (RPPS), les actes d'étiopathes inscrits au Registre national des étiopathes et membres de l'Institut français d'étiopathie, les actes d'hypnothérapeutes inscrits à la Fédération française des hypnothérapeutes ou au Syndicat des hypnothérapeutes en tant que praticien diplômé, les actes de sophrologues inscrits à la Fédération française de sophrologie en tant que praticien diplômé. Ces prestations ne sont délivrées que pour les actes non pris en charge par l'AMO. Sont exclus les dépassements d'honoraires, effectués par des médecins ou auxiliaires médicaux ainsi que les actes en complément d'un acte remboursé par l'AMO.

***Dans le cadre du 100% Santé, des Prix Limites de Vente (PLV) ont été instaurés pour les paniers 100% santé et modéré, le remboursement de la mutuelle ajouté à celui de l'assurance maladie et éventuellement des autres complémentaires ne peut dépasser le PLV.

(1) Hormis les longs séjours, les Maisons d'Accueil Spécialisée (MAS) et les établissements pour personnes âgées dépendantes.

(2) Sont considérés comme établissements spécialisés, les établissements ne rentrant pas dans le cadre des hospitalisations médicales et chirurgicales tels que les établissements de convalescence, rééducation, psychiatriques, cliniques diététiques, préventorijs et services de moyen séjour.

(3) Sur présentation de la facture originale, nominative, acquittée et détaillée. La facture doit comporter le tampon et la signature du professionnel de santé.

(4) Pour les soins de parodontie, seuls les actes suivants peuvent bénéficier d'une prise en charge HBGB006, HBJA003, HBJA247, HBJA634. Le bilan parodontal est exclu.

(5) Pour l'implantologie, les dents 18, 28, 38 et 48 sont exclues. Pour les composants de l'implant, autres que la prothèse, le forfait s'apprécie à compter de la date de début des soins.

(6) Le remboursement est limité pour les bénéficiaires de 16 ans et plus à un équipement (monture avec deux verres) pour une période de deux ans calculée à compter de la date d'achat de l'équipement ou de l'un de ses éléments, dans la limite du plafond prévu à la garantie. Les forfaits montures et verres comprennent la prise en charge de l'assurance maladie obligatoire et, le cas échéant, des éventuels autres organismes complémentaires ou contrat intervenant avant la présente garantie. Dans tous les cas, le remboursement accordé par la mutuelle ne peut permettre au bénéficiaire d'avoir un remboursement total supérieur au plafond défini par le contrat responsable. En cas d'évolution de la correction visuelle constatée par la nouvelle prescription d'un ophtalmologue ou par la prescription initiale d'un ophtalmologue comportant les mentions portées par l'opticien en application de l'article R165-1 du Code de la sécurité sociale, et pour les mineurs de moins de 16 ans, le remboursement est limité à un équipement par an à compter de la date d'achat de l'équipement ou de l'un de ses éléments, dans la limite du plafond annuel prévu à la garantie. Le forfait monture est limité à 100€. En cas d'acquisition d'un équipement partiel, la notion de renouvellement démarre à compter de la date d'achat du dernier équipement.

(7) Pour les soins dentaires, les actes concernés sont ACD, AID, ADM, ASC, CD, CSD, CXD, IDD, VD, VSD, AXI, SDE / Pour les soins réparateurs et complémentaires du panier 100% santé, les actes sont RAO, RFO, RSO et SUO, les actes du panier modéré RE1 et SU1 et pour le panier à tarif libre RPN

(8) Seul un équipement par oreille peut être remboursé tous les 4 ans

(9) Le remboursement ne peut pas excéder 1 700 € par oreille (incluant le remboursement du régime obligatoire et, le cas échéant, des autres organismes complémentaires)

(10) Service de téléconsultation médicale assurée par MedecinDirect et proposée par FilAssistance International

(11) Garantie assistance assurée par FilAssistance International, Société anonyme régie par le Code des Assurances, immatriculée au répertoire SIRENE sous le n°433012689 - Siège social : 108 Bureaux de la colline 92210 SAINT-CLOUD -

(16) En cas d'hospitalisation de la personne assurée, les frais peuvent être engagés par toute personne accompagnant le bénéficiaire hospitalisé.