


RÉGIMES FRAIS DE SANTÉ
du personnel des entités de l'UES EVEL & QUADRAL
au 01/01/2026

Code couleur :



- En vert, les garanties du régime Surcomplémentaire supérieures aux garanties du Régime Socle Obligatoire

NATURE DES GARANTIES	MONTANT DES GARANTIES	
	en complément des prestations remboursées par la Sécurité Sociale	
	Régime Socle Obligatoire Responsable	Régime Surcomplémentaire Non Responsable (Rég. Socle Obligatoire + Rég. Surcomplémentaire Fac)
MÉDECINE		
* Généralistes : Consultations et Visites	DPTAM: TM + 120% BR NON DPTAM : TM + 100% BR	200% BR
* Spécialistes : Consultations et Visites	DPTAM : TM + 120% BR NON DPTAM : TM + 100% BR	400% BR
* Actes techniques médicaux	DPTAM : 100% D - RSS NON DPTAM : 100% BR + TM	100% D - RSS
* Honoraires paramédicaux : infirmier, masseur-kinésithérapeute, orthophoniste, orthoptiste, pédicure-podologue, sage femme	100% D - RSS	100% D - RSS
* Imagerie médicale	DPTAM : 100% D - RSS NON DPTAM : 100% BR + TM	100% D - RSS
* Ostéodensitométrie osseuse non remboursée par la SS	80 €	120 €
* Prélèvements - Examens en laboratoire d'analyses médicales pris en charge par la SS	100% D - RSS	100% D - RSS
* Prélèvements - Examens en laboratoire d'analyses médicales non pris en charge par la SS	4% du PMSS / année civile / bénéficiaire soit 160,20 € en 2026	4% du PMSS / année civile / bénéficiaire soit 160,20 € en 2026
* Médecine douce ⁽¹⁾ : Ostéopathie-Chiropractie - Microkinésie - Etiopathie - Homéopathie - Acupuncture - Pédicure - Podologie - Nutritionniste Maxi : 6 séances / année civile / bénéficiaire pour l'ensemble des spécialités	Forfait global de 180 €	Forfait global de 220 €
* Consultation prescrite par un médecin chez un diététicien pour un enfant de moins de 12 ans	1,50% du PMSS Maxi 1 consultation / an / bénéficiaire soit 60,08 € en 2026	1,50% du PMSS Maxi 1 consultation / an / bénéficiaire soit 60,08 € en 2026
HOSPITALISATION en Chirurgie / Médecine / Maternité		
* Honoraires	DPTAM : 100% D - RSS NON DPTAM : 100% BR + TM	100% D - RSS
* Transport lié à une hospitalisation remboursé par la SS	100% D - RSS	100% D - RSS
* Frais de séjour	100% D - RSS	100% D - RSS
* Chambre particulière	200 € par nuit (ou par jour dans le cadre d'une hospitalisation ambulatoire) avec une limitation de durée d'indemnisation à 90 jours maxi dans les établissements psychiatriques privés	200 € par nuit (ou par jour dans le cadre d'une hospitalisation ambulatoire) avec une limitation de durée d'indemnisation à 90 jours maxi dans les établissements psychiatriques privés
* Maternité : dépassement d'honoraires (y compris péridurale)	DPTAM : 100% D - RSS NON DPTAM : 100% BR + TM	100% D - RSS
* Maternité : naissance ou adoption d'un enfant de moins de 12 ans Versement d'une indemnité forfaitaire égale à :	10% PMSS soit 400,50 € en 2026	15% PMSS soit 600,75 € en 2026
* Forfait actes lourds	Prise en charge intégrale	Prise en charge intégrale
* Forfait journalier hospitalier	100% D	100% D
* Frais d'accompagnement (en cas d'hospitalisation d'un enfant de moins de 12 ans)	100% D	100% D
* Frais de télévision / magazine / internet	néant	10 € / jour / bénéficiaire
PHARMACIE		
* Pharmacie	100% TM	100% TM
* Vaccins prescrits non remboursés par la SS	Maxi 4% du PMSS / année civile / bénéficiaire soit 160,20 € en 2026	Maxi 6% du PMSS / année civile / bénéficiaire soit 240,30 € en 2026
* Automédication	néant	20 € / an
* Sevrage tabagique	néant	20 € / an
* Contraception non remboursée par la SS	néant	45 € / an
DENTAIRE		
* Soins et parodontologie	180% BR	180% BR
* Inlays Core	300% BR	350% BR
*  Prothèses 100% Santé ⁽²⁾	sans reste à charge	sans reste à charge
* Prothèses dentaires (maxi 4 par an par bénéficiaire) : - remboursables par la SS autre que 100% Santé y compris Inlays / Onlay - non remboursables par la SS	400 % BR dents visibles 360% BR dents non visibles 430 €	450% BR dents visibles 400% BR dents non visibles 483,75 €
* Pilier de bridge sur dent saine et prothèse provisoire remboursés	360% BR	450% BR
* Couronne provisoire non prise en charge SS	30 € / an	30 € / an
* Implants dentaires (maxi 2 par an par bénéficiaire)	700 €	1 000 €
* Radio pré implantaire	25 € / an / bénéficiaire	40 € / an / bénéficiaire
* Orthodontie :	Contention 200% BR	Contention 400% BR
- Remboursée par la SS	Traitement : 500 € / semestre / bénéficiaire Contention 200% BR	Traitement : 600 € / semestre / bénéficiaire Contention 200% BR
- Non remboursée par la SS	Traitement : 500 € / semestre / bénéficiaire	Traitement : 500 € / semestre / bénéficiaire
* Parodontologie non remboursée par la SS	10% du PMSS / acte - maxi 1 acte / année civile soit 400,50 € en 2026	15% du PMSS / acte - maxi 1 acte / année civile soit 600,75 € en 2026

RÉGIMES FRAIS DE SANTÉ
du personnel des entités de l'UES EVEL & QUADRAL
au 01/01/2026

Code couleur :

- En vert, les garanties du régime Surcomplémentaire supérieures aux garanties du Régime Socle Obligatoire

NATURE DES GARANTIES	MONTANT DES GARANTIES en complément des prestations remboursées par la Sécurité Sociale	
	Régime Socle Obligatoire Responsable	Régime Surcomplémentaire Non Responsable (Rég. Socle Obligatoire + Rég. Surcomplémentaire Fac)
PROTHÈSES		
*  Prothèses auditives 100% Santé ⁽²⁾ (Classe I)	sans reste à charge	sans reste à charge
* Prothèses auditives (Classe II)	360% BR avec un minimum de 1 000 € / appareil	360% BR avec un minimum de 1 000 € / appareil
* Accessoires, piles et fournitures remboursés par la SS	100% TM	100% TM
* Autres prothèses	360% BR	360% BR
OPTIQUE ⁽¹⁾	100% D - RSS dans la limite de :	100% D - RSS dans la limite de :
*  Équipement 100% Santé ⁽²⁾ (Classe A)	sans reste à charge	sans reste à charge
* Équipement autre que 100% Santé (Classe B) :		
Assurés de + de 16 ans :		
* Monture	100 €	222 €
* Verres :		
* Verres unifocaux	150 € par verre	175 € par verre
Simples (entre -6 et +6 / entre -6 et +6 avec cylindre >4)		
Simples fortes correction (entre -6,25 et -10 et +6,25 et +10 et en dehors de -10 et +10 ou en dehors -6 et +6 avec cylindre <=4)	180 € par verre	225 € par verre
* Verres progressifs et multifocaux	225 € par verre	317,50 € par verre
Progressifs (entre -4 et +4 / entre -8 et +8 tous cylindres)		
Progressifs forte correction (en dehors de -4 et +4 / en dehors -8 et +8 tous cylindres)	250 € par verre	400 € par verre
Assurés de moins de 16 ans :		
* Monture	100 €	160 €
* Verres par paire	160 €	222 €
Adulte et Enfant :		
* Lentilles remboursées (à épuisement de votre forfait, le TM est remboursé)	320 €	350 €
* Lentilles non remboursées par la SS (y compris jetables)		
* Chirurgie réfractive de l'oeil	1 000 €	1 000 €
TRANSPORT		
* Hors Hospitalisation et cure thermique	100% TM	100% BR
CURE THERMALE		
* Remboursée par la SS (Hébergement et transport)	100% D - RSS dans la limite de 20% PMSS soit 801 € en 2026	100% D - RSS dans la limite de 20% PMSS soit 801 € en 2026
ACTES DE PRÉVENTION		
* Ensemble des actes de prévention prévus par le décret du 8 juin 2006	100% TM	100% TM

TM : Ticket Modérateur : différence entre la Base de Remboursement de la Sécurité Sociale et le remboursement effectif de cet organisme à l'exclusion des pénalités financières et de la contribution forfaitaire - BR : Base de Remboursement de la Sécurité Sociale - D : Dépense - RSS : Remboursement de la Sécurité Sociale - D-RSS : Différence entre d'une part la dépense engagée et d'autre part le remboursement de la Sécurité sociale, les éventuelles pénalités financières, la contribution forfaitaire instituées aux articles 3, 7, 8 et 20 de la loi n° 2004-810 du 13 août 2004 et les franchises médicales instituées à l'article L.322-2 du Code de la Sécurité Sociale PMSS : Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale Valeur 2026 : 4 005 euros - BRR : Base de Remboursement de la Sécurité Sociale Reconstituée - DPTAM : Dispositifs de Pratique Tarifaire Maîtrisée. Les dispositifs ayant pour objet la maîtrise des dépassements d'honoraires des professionnels de santé conventionnés du secteur 2

(1) Conditions de renouvellement de l'équipement optique : Verres + Monture :

ASSURÉS DE 16 ANS ET PLUS :

Par principe : 1 équipement tous les deux ans suivant la dernière facturation.

Par exception : 1 équipement complet (2 verres + monture) par an en cas d'évolution de la vue. La justification de l'évolution se fonde soit sur la présentation d'une nouvelle prescription médicale portant une correction différente de la précédente, soit lorsque l'opticien lunetier adapte la prescription médicale initiale lors d'un renouvellement de délivrance.

ASSURÉS DE MOINS DE 16 ANS :

Par principe : 1 équipement par an suivant la dernière facturation et un équipement par semestre pour les enfants jusqu'à 6 ans en cas de mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage.

Par exception : Renouvellement de la prise en charge possible sans délai pour l'acquisition de verres sous réserve de présenter une nouvelle prescription ophtalmologique.

(2) Tels que définis réglementairement : dispositif 100% Santé par lequel les assurés couverts par un contrat de complémentaire santé responsable peuvent bénéficier de certaines prestations d'optique, d'aides auditives et de prothèses dentaires définies réglementairement et intégralement remboursées par l'assurance maladie obligatoire et les complémentaires santé, donc sans frais restant à leur charge, sous réserve que les professionnels de santé respectent les tarifs maximum fixés.