Prestations 2026 – Contrat responsable

Annexe 2 du règlement mutualiste – Mise à jour C.A. du 23/09/2025

Nature des frais	Remboursements
Soins courants et Pharmacie pris en charge par la sécurité sociale (1)	
Consultation médicale généraliste ou spécialiste – (médecin n'ayant pas signé l'OPTAM/OPTAM-CO**)	130 % B.R. *
Consultation médicale généraliste ou spécialiste – (médecin ayant signé l'OPTAM/OPTAM-CO**)	150 % B.R. *
Visite médicale généraliste ou spécialiste – (médecin n'ayant pas signé l'OPTAM/OPTAM-CO**)	100 % B.R. *
Visite médicale généraliste ou spécialiste – (médecin ayant signé l'OPTAM/OPTAM-CO**)	100 % B.R. *
Auxiliaires médicaux	100 % B.R. *
Pharmacie Service Médical Rendu majeur, important, modéré, faible	100 % B.R. *
Biologie	100 % B.R. *
Actes de chirurgie, d'anesthésie, d'échographie, actes techniques médicaux (ADC, ADA, ADE, ATM) – (praticiens n'ayant pas signé l'OPTAM/OPTAM-CO**)	130 % B.R. *
Actes de chirurgie, d'anesthésie, d'échographie, actes techniques médicaux (ADC, ADA, ADE, ATM) – (praticiens ayant signé l'OPTAM/OPTAM-CO**)	150 % B.R. *
Radiographie, actes d'imagerie (ADI) – (praticiens ayant ou n'ayant pas signé l'OPTAM/OPTAM-CO**)	100 % B.R.*
Petit appareillage (PA ou DVO) – Ticket modérateur	100 % B.R.*
Petit appareillage (PA ou DVO) – Forfait annuel par bénéficiaire	200 €
Frais de transport	100 % B.R. *
Glucomètre, forfait par appareil	46 €
Frais d'hospitalisation	
Hospitalisation médicale ou chirurgicale (1)	100 % B.R. *
Forfait journalier hospitalier illimité	Frais réels
Participation forfaitaire relative à un acte médicale supérieur ou égal à 120 € ou ayant un coefficient supérieur ou égal à 60	24 € / acte
Forfait chambre particulière du 1er au 60ème jour par an et par personne (hors intervention réalisée en ambulatoire)	54 € / jour
Forfait chambre particulière en ambulatoire du 1er au 60ème jour par an et par personne	20 € / jour
Forfait chambre accompagnant du 1er au 30ème jour par an et par enfant de moins de 11ans révolus	16 € / jour
Forfait patient urgence	Frais réels
Aides auditives (2)	
- **Réforme « 100 % santé » (3), dans la limite du panier « 100 % santé » pris en charge par la S.S.** • Equipements de Catégorie I	**Zéro reste à charge**
- **Pour tous les autres équipements :** • Equipements de Catégorie II, 100 % B.R. * + forfait par appareil (si participation R.O.)	534,00 €
Dentaire (1)	
Réforme « 100 % santé » (3), dans la limite des prix plafonds de vente défini et du panier « 100 % santé pris en charge par le R.O ».	**Zéro reste à charge**
Pour tous les autres soins ou travaux prothétiques :	
Soins dentaires	100 % B.R. *
Orthodontie prise en charge par la Sécurité Sociale (S.S.)	286 % B.R. *
Prothèses dentaires acceptées par la S.S (y.c. Inlay/Onlay, inlay core et Inlay core à clavettes)	263 % B.R. *

*B.R. : Base de Remboursement de la Sécurité Sociale / **OPTAM / OPTAM-CO : Option Tarifaire Maîtrisée.

(1) : Remboursement RO + Mutuelle, déduction faite de la Contribution Forfaitaire Obligatoire (C.F.O.), prélevée par la caisse de régime obligatoire du bénéficiaire des soins (loi du 13-08-2004) en parcours de soins avec participation des caisses de Régimes Obligatoires. Hors parcours de soins le remboursement RO + Mutuelle s'établit à 100% de la B.R. déduction faite de la Majoration de Participation (Art. L161-5-3 du code de la Sécurité Sociale).

(2) : La prise en charge d'une aide auditive est limitée à un équipement pour chaque oreille tous les 4 ans, à compter de la date d'achat de la dernière prise en charge, dans la limite de 1700 € par aide auditive (Ticket modérateur et remboursement par l'assurance maladie obligatoire compris). Au minimum 100 % B.R.*. Ce délai de renouvellement s'entend indépendamment pour chaque oreille

Prestations 2026 (suite)

Annexe 2 du règlement mutualiste – Mise à jour C.A. du 23/09/2025

Nature des frais	Remboursements
Optique	
Réforme « 100 % santé » (3), dans la limite des prix plafonds de vente défini et du panier « 100 % santé pris en charge par le R.O ».	**Zéro reste à charge**
Pour tous les autres équipements :	
Verre optique, 100 % B.R.* + forfait par verre simple (4)	90 €
Verre optique, 100 % B.R.* + forfait par verre complexe et très complexe (4)	110 €
Monture optique, 100 % B.R.* + forfait par monture (y.c Ticket Modérateur) (4)	70 €
Lentilles prescrites acceptées par la S.S., 100 % B.R.* + forfait par lentille (4)	60 €
Lentilles prescrites non remboursées par les caisses R.O.	100 € / an
Chirurgie réfractive	201 € / an
Prestation d'appairage des verres	100 % B.R. *
Prestation d'adaptation de la correction visuelle	100 % B.R. *
Médecine douce	
Ostéopathie (consultations d'un praticien diplômé décret n°2014-1505 du 12/12/2014)	100 € / an
Chiropraxie, étiopathie, naturopathie, diététique, acupuncture, psychologie (consultations d'un praticien dont le diplôme répond aux obligations légales)	30 € / consultation Dans la limite de 4 consultations
Haptonomie (naissance – fin de vie) (consultations d'un praticien dont le diplôme répond aux obligations légales)	60 € / an
Produits d'homéopathie (sur présentation d'une ordonnance et d'une facture acquittée) Biologie non remboursable (sur présentation d'une facture acquittée)	40 € / an
Autres	
Prothèse capillaire de la classe III et IV, prothèse mammaire acceptée par la S.S., forfait par prothèse	Ticket modérateur + forfait de 80 € / an
Prothèses capillaires appartenant à la classe I et II faisant l'objet d'une prise en charge renforcée dans la limite des prix plafonds de vente définis (3)	Zéro reste à charge
Fauteuil roulant : achat ou location longue durée (5), location courte durée jusqu'à 3 mois renouvelable une fois (3)	Zéro reste à charge
Prime mariage	80 €
Cure thermale	100 % B.R. *
Forfait accouchement	160 €
Forfait de pédicure, forfait par an et par bénéficiaire	20 €
Garanties d'assistance santé à domicile *(notice d'information téléchargeable sur notre site : www.mclr.fr rubrique « Assistance »)*	Oui
Prévention	
Ostéodensitométrie, forfait par acte	45 €
Vaccins ou prescriptions médicales se substituant au vaccin	100 % Frais réels
Cure antitabac, forfait versé une seule fois	30 €

(3) : Le 100 % santé vous permet d'accéder à une offre sans reste à charge pour certaines prestations en dentaire, optique, aides auditives, prothèses capillaires et fauteuil roulant. Cette réforme est définie par décret. Si vous ne souhaitez pas bénéficier des prestations comprises dans ces paniers, les remboursements se feront selon le niveau de garanties choisi.

(4) : La prise en charge est limitée à un équipement tous les deux ans, sauf pour les mineurs ou en cas d'évolution de la vue ou un équipement peut être remboursé tous les ans, conformément aux dispositions de l'article 8 de l'arrêté du 03/12/2018.

(5) : Conformément à l'Arrêté du 6 février 2025 (modifié les 31 mars et 10 octobre 2025) mis en application à compter du 1er décembre 2025, les fauteuils roulants inscrits sur la liste des produits remboursables (LPP) sont intégralement pris en charge par l'assurance maladie obligatoire.