



Entre nous, c'est humain

CONTRAT COLLECTIF COMPLEMENTAIRE FRAIS DE SOINS FDSEA 30 RETRAITES - NIVEAU 1

Tarifs des cotisations mensuelles au 01 janvier 2026

Santé - Groupe Facultatif

CATEGORIE	TARIF HT	TARIF TTC **
enfant*	24,18 €	27,39 €
Jusqu'à 59 ans	62,08 €	70,32 €
60 - 69 ans	76,18 €	86,29 €
70 - 79 ans	111,05 €	125,79 €
80 ans et plus	117,48 €	133,07 €

* Gratuité à partir du 3ème enfant

**Le montant de la cotisation inclut la Taxe de Solidarité Additionnelle (TSA) applicable au taux en vigueur à l'échéance de votre contrat, et dépend de la nature de celui-ci ainsi que du type de garanties couvertes. Cette taxe, acquittée par votre mutuelle, est intégrée dans le montant total de votre cotisation.

Conformément à la loi n° 2019-733 du 14/07/2019, nous vous communiquons les taux et ratios généraux de la mutuelle au titre de l'année 2026 :



- Ratio P/C : 79,08 %

- Frais de gestion : 21,14 %

FRSEA - 2026

FRSEA NIVEAU 1

Les conditions de remboursement de vos garanties sont détaillées dans vos documents contractuels

	Régime obligatoire (RO)	Régime obligatoire + Mutualia
Soins courants		
Honoraires médicaux : consultations et actes techniques		
- Généralistes et spécialistes adhérents à l'OPTAM/ OPTAM-ACO	70%	100%
- Généralistes et spécialistes non adhérents à l'OPTAM/ OPTAM-ACO	70%	100%
Actes d'imagerie et d'échographie : IRM, endoscopie, radiologie, scanner...		
- Praticiens adhérents à l'OPTAM / OPTAM-ACO	70%	120%
- Praticiens non adhérents à l'OPTAM / OPTAM-ACO	70%	100%
Honoraires paramédicaux pris en charge par le RO : infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, orthophonistes, orthoptistes, pédicures-podologues	60%	100%
Analyses et examens de laboratoire	60%	100%
Médicaments		
- Médicaments pris en charge par le RO (y.c vaccins)	15% à 100%	100%
- Substituts nicotiniques pris en charge par le RO (liste disponible sur amel.fr)	65%	100%
Matériel médical pris en charge par le RO : pansements, orthopédie, minerves, genouillères,...	60% à 100%	100%
Séances de psychologues prises en charge par le RO (1)	60%	100%
Transports pris en charge par le RO	55%	100%
Hospitalisation		
Honoraires médicaux et chirurgicaux		
- Praticiens adhérents à l'OPTAM/ OPTAM-ACO	80% à 100%	250%
- Praticiens non adhérents à l'OPTAM/ OPTAM-ACO	80% à 100%	200%
Forfait journalier hospitalier (2)	-	Frais réels
Frais de séjour	80% à 100%	100%
Forfait patient urgences et Forfait actes lourds	-	Frais réels
Chambre particulière avec nuitée	-	25 € / jour
Optique (3)		
Equipements 100% santé (4)	60%	Frais réels plafonnés au prix limite de vente
Equipements à tarifs libres (4)		
- Verres simples + monture	60%	250€ dont 75 € max monture
- Verres mixtes : 1 verre simple et 1 verre complexe ou très complexe + monture	60%	350€ dont 75 € max monture
- Verres complexes ou très complexes	60%	450€ dont 75 € max monture
Lentilles prises en charge par le RO (y.c jetables) (5)	60%	RSS + 100 € / an
Autres prestations optiques 100% santé (6)	60%	Frais réels plafonnés au prix limite de vente
Autres prestations optiques à tarifs libres (6)	60%	100%
Dentaire		
Soins et prothèses relevant du dispositif 100% santé (6)	60%	Frais réels plafonnés au prix limite de vente
Soins ne relevant pas du dispositif 100% santé (7)	-	100%
Prothèses ne relevant pas du dispositif 100% santé (6)		
- Prothèses prises en charge par le RO (y.c inlay core) (8)	60%	210% + 300 €
- Inlays/Onlays pris en charge par le RO (7)	60%	100%
Orthodontie prise en charge par le RO	60% à 100%	100%
Aides auditives		
Equipements 100% santé (9)	60%	Frais réels plafonnés au prix limite de vente
Equipements à tarifs libres (9)	60%	910 € / oreille
Prévention		
Actes de prévention pris en charge par le RO	60% à 70%	100%
Bien-être (10)		
- Médecines douces : ostéopathie, chiropractie, acupuncture, étiothérapie, diététicien, psychomotricien, pédicure/podologue	-	50 € / an
Assistance et services		
Mutualia Assistance (cf. notice Mutualia Assistance)	-	Oui
Réseau de soins optique	-	Oui
Téléconsultation	-	Oui

FRSEA - 2026 (Suite)

FRSEA NIVEAU 1

BR : Base de Remboursement; BRR : Base de Remboursement Reconstituée; CCAM : Classification Commune des Actes Médicaux; DR : Dépense Réelle; FR : Frais Réels; MR : Montant du Remboursement de l'Assurance Maladie; NGAP : Nomenclature Générale des Actes Professionnels; OPTAM : Option Pratique Tarifaire Maîtrisée applicable à l'ensemble des médecins; OPTAM-ACO : Option Pratique Tarifaire Maîtrisée applicable à l'ensemble des médecins exerçant une spécialité d'Anesthésie-réanimateurs, de Chirurgie ou de gynécologie-Obstétrique; PEC RO : Pris En Charge par le Régime Obligatoire; NON PEC RO : Non Pris En Charge par le Régime Obligatoire; PMSS : Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale; RO : Régime Obligatoire; RSS : Remboursement Sécurité Sociale; SMR : Service Médical Rendu; TA : Tarif d'Autorité; TM : Ticket Modérateur; AM : Alsace Moselle; HAM : Hors Alsace Moselle.

Sauf précisions contraires, les prestations sont indiquées en pourcentage de la BR et incluent la part de remboursement du RO en vigueur au jour de la conclusion du présent contrat. Lorsque les prestations sont forfaitaires, la Mutuelle rembourse le montant indiqué. Les remboursements équipements optiques et aides auditives, incluent la prise en charge RO et le TM. Lorsque le professionnel de santé ou l'établissement de santé n'est pas conventionné avec l'Assurance maladie, la BR est le tarif d'Autorité (dont le montant est très inférieur aux tarifs de remboursement pour les professionnels de santé ou l'établissement conventionné). Les prestations sont accordées dans la limite des frais engagés sur présentation de justificatifs et sous réserve de remboursement par le RO, sauf stipulation contraire. Les taux de remboursement de l'Assurance Maladie Obligatoire sont exprimés à titre indicatif et peuvent être modifiés par décision législative ou réglementaire. En cas de modification de la PEC RO, la prise en charge de la mutuelle compensera automatiquement ce déremboursement. Les prestations forfaitaires (hors équipements optiques (monture et verres) et audiprothèses) et les plafonds en euros ainsi que les limites en jours s'entendent par bénéficiaire et par année(s) civile(s), ils se renouvellent au 1er janvier suivant la fin de périodicité précisée.

(1) La Mutuelle rembourse les soins selon les conditions prévues dans le dispositif «Mon Soutien Psy»

(2) Prévu à l'article L. 174-4 du Code de la sécurité sociale, à l'exclusion du forfait journalier facturé par les établissements médico-sociaux visés à l'article L. 312-1 du Code de l'action sociale et des familles.

(3) L'achat d'équipements optiques (monture, verres, lentilles) achetés sur internet peut être pris en charge au titre des garanties complémentaires Mutualia sur présentation :

- d'une prescription,

- d'une facture acquittée en provenance d'un établissement français.

(4) Tels que définis réglementairement et selon les modalités et conditions de prise en charge prévues par la garantie. Equipements composés de deux verres et une monture. Limité à un équipement tous les deux ans, sauf en cas d'évolution de la vue et pour les enfants, selon les conditions et modalités de prise en charge prévues par la garantie.

(5) Forfait par année civile, au-delà, remboursement des lentilles prises en charge par le RO à hauteur du TM.

(6) Tels que définis réglementairement et selon les modalités et conditions de prise en charge prévues par la garantie.

(7) Tels que définis réglementairement et selon les modalités et conditions de prise en charge prévues par la garantie.

(8) par an.

(9) Tels que définis réglementairement et selon les modalités et conditions de prise en charge prévues par la garantie. La prise en charge est limitée à une prothèse par oreille et par bénéficiaire, tous les 4 ans, selon les conditions prévues par la garantie avec un remboursement limité à 1700€/oreille.

(10) Forfait à utiliser librement sur les différentes prestations, dans la limite du montant du forfait indiqué et si elles sont non PEC RO. Pour les Professionnels de santé réglementés : le praticien doit justifier d'un numéro ADELI ou d'une inscription au Répertoire Partagé des Professionnels de Santé (RPPS) ou d'un numéro FINESS. Pour les Professionnels de santé non réglementés : le praticien doit justifier son inscription à l'annuaire professionnel ou à l'organisation représentative de l'activité (fédération/syndicat professionnel), ou justifiant par diplôme (copie du justificatif, du titre RNCP) de son aptitude professionnelle. Pour être remboursé, une facture acquittée au nom du bénéficiaire indiquant les dites références et le détail des actes pratiqués doit être fournie.



Entre nous, c'est humain

**CONTRAT COLLECTIF COMPLEMENTAIRE FRAIS DE SOINS
FDSEA 30
RETRAITES - NIVEAU 2**

Tarifs des cotisations mensuelles au 01 janvier 2026

Santé - Groupe Facultatif

CATEGORIE	TARIF HT	TARIF TTC **
enfant*	37,53 €	42,51 €
Jusqu'à 59 ans	93,65 €	106,08 €
60 - 69 ans	121,10 €	137,17 €
70 - 79 ans	127,40 €	144,30 €
80 ans et plus	155,32 €	175,93 €

* Gratuité à partir du 3ème enfant

**Le montant de la cotisation inclut la Taxe de Solidarité Additionnelle (TSA) applicable au taux en vigueur à l'échéance de votre contrat, et dépend de la nature de celui-ci ainsi que du type de garanties couvertes. Cette taxe, acquittée par votre mutuelle, est intégrée dans le montant total de votre cotisation.

Conformément à la loi n° 2019-733 du 14/07/2019, nous vous communiquons les taux et ratios généraux de la mutuelle au titre de l'année 2026 :

- Ratio P/C : 79,08 %
- Frais de gestion : 21,14 %

FRSEA - 2026

FRSEA NIVEAU 2

Les conditions de remboursement de vos garanties sont détaillées dans vos documents contractuels

	Régime obligatoire (RO)	Régime obligatoire + Mutualia
Soins courants		
Honoraires médicaux : consultations et actes techniques		
- Généralistes et spécialistes adhérents à l'OPTAM/ OPTAM-ACO	70%	200%
- Généralistes et spécialistes non adhérents à l'OPTAM/ OPTAM-ACO	70%	180%
Actes d'imagerie et d'échographie : IRM, endoscopie, radiologie, scanner...		
- Praticiens adhérents à l'OPTAM / OPTAM-ACO	70%	120%
- Praticiens non adhérents à l'OPTAM / OPTAM-ACO	70%	100%
Honoraires paramédicaux pris en charge par le RO : infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, orthophonistes, orthoptistes, pédicures-podologues	60%	100%
Analyses et examens de laboratoire	60%	100%
Médicaments		
- Médicaments pris en charge par le RO (y.c vaccins)	15% à 100%	100%
- Substituts nicotiniques pris en charge par le RO (liste disponible sur amel.fr)	65%	100%
- Vaccins non pris en charge par le RO avec prescription	-	40 € / an
Matériel médical pris en charge par le RO : pansements, orthopédie, minerves, genouillères,...	60% à 100%	300%
Séances de psychologues prises en charge par le RO (1)	60%	100%
Transports pris en charge par le RO	55%	Frais réels
Hospitalisation		
Honoraires médicaux et chirurgicaux		
- Praticiens adhérents à l'OPTAM/ OPTAM-ACO	80% à 100%	400%
- Praticiens non adhérents à l'OPTAM/ OPTAM-ACO	80% à 100%	200%
Forfait journalier hospitalier (2)	-	Frais réels
Frais de séjour	80% à 100%	100%
Forfait patient urgences et Forfait actes lourds	-	Frais réels
Chambre particulière avec nuitée	-	55€/jour pendant 60 jours puis 25€/jour
Forfait d'accompagnement de l'enfant et de l'adulte (3)	-	52 € / jour
Optique (4)		
Equipements 100% santé (5)	60%	Frais réels plafonnés au prix limite de vente
Equipements à tarifs libres (5)		
- Verres simples + monture	60%	400€ dont 100 € max monture
- Verres mixtes : 1 verre simple et 1 verre complexe ou très complexe + monture	60%	500€ dont 100 € max monture
- Verres complexes ou très complexes	60%	600€ dont 100 € max monture
Lentilles prises en charge par le RO (y.c jetables) (6)	60%	RSS + 100 € / an
res prestations optiques 100% santé (7)	60%	Frais réels plafonnés au prix limite de vente
res prestations optiques à tarifs libres (7)	60%	100%
Dentaire		
Soins et prothèses relevant du dispositif 100% santé (7)	60%	Frais réels plafonnés au prix limite de vente
Soins ne relevant pas du dispositif 100% santé (7)	-	100%
Prothèses ne relevant pas du dispositif 100% santé (7)		
- Prothèses prises en charge par le RO (y.c inlay core) (8)	60%	210% + 350 €
- Inlays/Onlays pris en charge par le RO (7)	60%	100%
Orthodontie prise en charge par le RO	60% à 100%	280%
Parodontologie non prise en charge par le RO (9)	-	100 € / an
Aides auditives		
Equipements 100% santé (10)	60%	Frais réels plafonnés au prix limite de vente
Equipements à tarifs libres (10)	60%	1100 € / oreille
Cures thermales prises en charge par le RO		
Soins et forfait thermal pris en charge par le RO	65% à 70%	100%
Prévention		
Actes de prévention pris en charge par le RO	60% à 70%	100%
Bien-être (11)		
- Médecines douces : ostéopathie, chiropractie, acupuncture, étiopathie, diététicien, psychomotricien, pédicure/podologue	-	80 € / an
Assistance et services		
Mutualia Assistance (cf. notice Mutualia Assistance)	-	Oui
Réseau de soins optique	-	Oui
Téléconsultation	-	Oui

FRSEA - 2026 (Suite)

FRSEA NIVEAU 2

BR : Base de Remboursement; BRR : Base de Remboursement Reconstituée; CCAM : Classification Commune des Actes Médicaux; DR : Dépense Réelle; FR : Frais Réels; MR : Montant du Remboursement de l'Assurance Maladie; NGAP : Nomenclature Générale des Actes Professionnels; OPTAM : Option Pratique Tarifaire Maîtrisée applicable à l'ensemble des médecins; OPTAM-ACO : Option Pratique Tarifaire Maîtrisée applicable à l'ensemble des médecins exerçant une spécialité d'Anesthésie-réanimateurs, de Chirurgie ou de gynécologie-Obstétrique; PEC RO : Pris En Charge par le Régime Obligatoire; NON PEC RO : Non Pris En Charge par le Régime Obligatoire; PMSS : Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale; RO : Régime Obligatoire; RSS : Remboursement Sécurité Sociale; SMR : Service Médical Rendu; TA : Tarif d'Autorité; TM : Ticket Modérateur; AM : Alsace Moselle; HAM : Hors Alsace Moselle.

Sauf précisions contraires, les prestations sont indiquées en pourcentage de la BR et incluent la part de remboursement du RO en vigueur au jour de la conclusion du présent contrat. Lorsque les prestations sont forfaitaires, la Mutuelle rembourse le montant indiqué. Les remboursements équipements optiques et aides auditives, incluent la prise en charge RO et le TM. Lorsque le professionnel de santé ou l'établissement de santé n'est pas conventionné avec l'Assurance maladie, la BR est le tarif d'Autorité (dont le montant est très inférieur aux tarifs de remboursement pour les professionnels de santé ou l'établissement conventionné). Les prestations sont accordées dans la limite des frais engagés sur présentation de justificatifs et sous réserve de remboursement par le RO, sauf stipulation contraire. Les taux de remboursement de l'Assurance Maladie Obligatoire sont exprimés à titre indicatif et peuvent être modifiés par décision législative ou réglementaire. En cas de modification de la PEC RO, la prise en charge de la mutuelle compensera automatiquement ce déremboursement. Les prestations forfaitaires (hors équipements optiques (monture et verres) et audioprothèses) et les plafonds en euros ainsi que les limites en jours s'entendent par bénéficiaire et par année(s) civile(s), ils se renouvellent au 1er janvier suivant la fin de périodicité précisée.

- (1) La Mutuelle rembourse les soins selon les conditions prévues dans le dispositif «Mon Soutien Psy»
- (2) Prévu à l'article L. 174-4 du Code de la sécurité sociale, à l'exclusion du forfait journalier facturé par les établissements médico-sociaux visés à l'article L. 312-1 du Code de l'action sociale et des familles.
- (3) lit et repas, limité à 30 jours par an.
- (4) L'achat d'équipements optiques (monture, verres, lentilles) achetés sur internet peut être pris en charge au titre des garanties complémentaires Mutualia sur présentation :
 - d'une prescription,
 - d'une facture acquittée en provenance d'un établissement français.
- (5) Tels que définis réglementairement et selon les modalités et conditions de prise en charge prévues par la garantie. Equipements composés de deux verres et une monture. Limité à un équipement tous les deux ans, sauf en cas d'évolution de la vue et pour les enfants, selon les conditions et modalités de prise en charge prévues par la garantie.
- (6) Forfait par année civile, au-delà, remboursement des lentilles prises en charge par le RO à hauteur du TM.
- (7) Tels que définis réglementairement et selon les modalités et conditions de prise en charge prévues par la garantie.
- (8) par an.
- (9) Prestations inscrites à la Classification Commune des Actes Médicaux pour l'activité bucco-dentaire.
- (10) Tels que définis réglementairement et selon les modalités et conditions de prise en charge prévues par la garantie. La prise en charge est limitée à une prothèse par oreille et par bénéficiaire, tous les 4 ans, selon les conditions prévues par la garantie avec un remboursement limité à 1700€/oreille.
- (11) Forfait à utiliser librement sur les différentes prestations, dans la limite du montant du forfait indiqué et si elles sont non PEC RO. Pour les Professionnels de santé réglementés : le praticien doit justifier d'un numéro ADELI ou d'une inscription au Répertoire Partagé des Professionnels de Santé (RPPS) ou d'un numéro FINESS. Pour les Professionnels de santé non réglementés : le praticien doit justifier son inscription à l'annuaire professionnel ou à l'organisation représentative de l'activité (fédération/syndicat professionnel), ou justifiant par diplôme (copie du justificatif, du titre RNCP) de son aptitude professionnelle. Pour être remboursé, une facture acquittée au nom du bénéficiaire indiquant les dites références et le détail des actes pratiqués doit être fournie.