



Personnaliser ma couverture Santé

Caractéristiques de l'offre FREGATE

Date d'effet : 01/01/2026

N° de contrat complémentaire santé : 225896741

Type de bénéficiaire : Tout conjoint et tous enfants

Groupe assuré : Ensemble du personnel

N° de contrat surcomplémentaire : 284137962

Fonctionnement de votre couverture

Vous bénéficiez d'une complémentaire santé obligatoire souscrite par votre employeur, ce contrat permet de compléter les prestations prises en charge par la Sécurité sociale.

Vous pouvez également adhérer à une option pour compléter vos garanties en fonction de vos besoins personnels et de votre budget. Souscrivez facilement à une option grâce au bulletin individuel d'adhésion en ligne ou papier ou en vous rapprochant de votre gestionnaire.

Mes garanties

Complémentaire responsable base obligatoire	Surcomplémentaire non responsable
Option 1	
En complément de la Sécurité sociale	Y compris la base obligatoire

Hospitalisation

les frais d'hospitalisation liés à un accouchement (y compris les dépassements d'honoraires) sont pris en charge dès le premier jour au titre de l'hospitalisation

Frais de séjour

en hospitalisation médicale		
dans un établissement conventionné	100 % BR-MR	100 % FR-SS
dans un établissement non conventionné	100 % BR-MR	90 % FR-SS
		400 % BR
en hospitalisation chirurgicale		
dans un établissement conventionné	100 % BR-MR	100 % FR-SS
dans un établissement non conventionné	100 % BR-MR	90 % FR-SS
		400 % BR

Honoraires

d'un médecin adhérent à l'un des DPTAM	150 % BR-MR	200 % BR-MR
d'un médecin non adhérent à l'un des DPTAM	130 % BR-MR	180 % BR-MR

Chambre particulière (par jour)

1,50 % PMSS	80 €
-------------	------

Forfait journalier hospitalier

100 % du forfait	100 % du forfait
------------------	------------------

Lit d'accompagnant (par jour)

D'un enfant de moins de:	17 ans	17 ans
Au titre de cette garantie, les frais d'hébergement en maison de parents pourront être pris en charge, pour une personne, dans la limite par année civile de:	30 jour(s)	30 jour(s)

Complémentaire responsable base obligatoire	Surcomplémentaire non responsable
En complément de la Sécurité sociale	Y compris la base obligatoire

Maternité

Forfait maternité	150 €	300 €
Celui-ci est accordé à la bénéficiaire suite à son accouchement.		
Ce montant est doublé si sa grossesse était multiple.		
Forfait adoption	150 €	300 €
Ce forfait est doublé en cas d'adoptions multiples.		

Dentaire

Soins (hors 100% Santé)		
Consultations, soins courants (hors inlays onlays d'obturation), radiologie et chirurgie	125 % BR-MR	250 % BR-MR
Soins et prothèses 100% Santé⁽¹⁾		
	100 % PLV-MR	100 % PLV-MR
Prothèses (Hors 100% Santé)		
à tarif limité ⁽²⁾ (y compris Inlay Onlay)	225 % BR-MR	400 % BR-MR
Dans la limite de :	100 % PLV-MR	100 % PLV-MR
à tarifs libre ⁽³⁾ (y compris Inlay Onlay)	225 % BR-MR	400 % BR-MR
Prothèses fixes non prises en charge par la Sécurité sociale (Piliers de bridge sur dent saine, élément supplémentaire de bridge, prothèses fixes unitaires sur dent saine), par acte		200 €
Dans la limite, par année civile et par bénéficiaire, de :		3 acte(s)

Orthodontie

prise en charge par la Sécurité sociale	225 % BR-MR	400 % BR-MR
non prise en charge par la Sécurité sociale		7 % PMSS
par semestre		
Dans la limite de :		4 Semestre(s) consécutif(s)

Implantologie dentaire non prise en charge par la Sécurité sociale

Pose de l'implant (phase opératoire)	240 €
Dans la limite, par année civile et par bénéficiaire, de :	3 acte(s)
Faux-moignon implantaire	
Dans la limite, par année civile et par bénéficiaire, de :	3 acte(s)

Soins courants

Honoraires médicaux		
Consultation ou visite d'un médecin généraliste adhérent à l'un des DPTAM	100 % BR-MR	250 % BR-MR
non adhérent à l'un des DPTAM	100 % BR-MR	200 % BR-MR
Consultation ou visite d'un médecin spécialiste adhérent à l'un des DPTAM		
non adhérent à l'un des DPTAM	150 % BR-MR	250 % BR-MR

	Complémentaire responsable base obligatoire	Surcomplémentaire non responsable
	En complément de la Sécurité sociale	Option 1
		Y compris la base obligatoire
Soins courants		
Séances d'accompagnement réalisées par un psychologue et prises en charge par la Sécurité sociale	100 % TM	100 % TM
Acte technique médical ou chirurgical pratiqué par un médecin adhérent à l'un des DPTAM	150 % BR-MR	250 % BR-MR
Acte technique médical ou chirurgical pratiqué par un médecin non adhérent à l'un des DPTAM	130 % BR-MR	200 % BR-MR
Acte d'imagerie, échographie et doppler pratiqué par un médecin adhérent à l'un des DPTAM	150 % BR-MR	250 % BR-MR
Acte d'imagerie, échographie et doppler pratiqué par un médecin non adhérent à l'un des DPTAM	130 % BR-MR	200 % BR-MR
Analyses et examens de laboratoire		
pris en charge par la Sécurité sociale	100 % BR-MR	160 % BR-MR
Honoraires paramédicaux		
Actes pratiqués par les auxiliaires médicaux : les infirmiers, les masseurs kinésithérapeutes, les orthophonistes, les orthoptistes et les pédicures-podologues	100 % BR-MR	160 % BR-MR
Médicaments		
pris en charge par la Sécurité sociale	100 % BR-MR	100 % BR-MR
homéopathiques non pris en charge par la Sécurité sociale et prescrits par un médecin		60 €
Par année civile et par bénéficiaire		
Moyens de contraception féminine non pris en charge par la Sécurité sociale et prescrits par un médecin		40 €
Par année civile et par bénéficiaire		
Matériel médical		
Appareillages, prothèses, produits et prestations non pris en charge au titre des postes prothèses dentaires, auditives et optiques	200 % BR-MR	300 % BR-MR
Médecines non conventionnelles		
Forfait actes thérapeutiques pour les actes cités ci-contre,	50 €	50 €
Nous prenons en charge les actes suivants sous réserve que le praticien soit un professionnel de santé inscrit à l'un des répertoires suivants : ADELI ou RPPS.	Acupuncture, Chiropraxie, Diététique, Etiopathie, Ostéopathie, Pédicurie-podologie, Psychologie, Psychomotricité, Tabacologie	Acupuncture, Chiropraxie, Diététique, Etiopathie, Ostéopathie, Pédicurie-podologie, Psychologie, Psychomotricité, Tabacologie
Ce professionnel doit donc être un médecin, un auxiliaire médical au sens du Livre III de la 4e partie du Code de la santé publique (infirmier, masseur-kinésithérapeute, orthophoniste, orthoptiste, pédicure-podologue, etc.), un ostéopathe ou un psychologue.		
par séance		
Dans la limite, par année civile et par bénéficiaire, de :	2 séance(s)	2 séance(s)

Complémentaire responsable base obligatoire	Surcomplémentaire non responsable
En complément de la Sécurité sociale	Y compris la base obligatoire

Aides auditives

Equipement 100% santé ⁽⁴⁾	100 % PLV-MR	100 % PLV-MR
Dans la limite d'une prise en charge tous les :	4 ans	4 ans
Equipement de classe 2 à tarif libre :		
adulte (bénéficiaire de 21 ans ou plus)	800 Euros-MR	1200 Euros-MR
Dans la limite d'une prise en charge tous les :	4 ans	4 ans
enfant (bénéficiaire de moins de 21 ans) ou bénéficiaire atteint de cécité (sans limite d'âge)	1700 Euros-MR	1700 Euros-MR
Dans la limite d'une prise en charge tous les :	4 ans	4 ans
Accessoires, entretien et piles pris en charge par la Sécurité sociale	100 % BR-MR	300 % BR-MR

Autres postes

Frais de transport	100 % BR-MR	100 % BR-MR
Cures Thermales		400 €
Frais médicaux, frais d'hébergement et frais de transport pris en charge par la Sécurité sociale		

Prévention

Les vaccins non pris en charge par la Sécurité sociale, prescrits par un professionnel de santé habilité à les prescrire, dans les conditions prévues par leur autorisation de mise sur le marché	6 % PMSS
Par année civile et par bénéficiaire	
Les médicaments et produits à base de nicotine, prescrits par un médecin dans un but de sevrage tabagique, avec Autorisation de Mise sur le Marché ou norme Afnor, par année civile et par bénéficiaire	100 €
Consultation chez un diététicien prescrite par un médecin, dans la limite d'une prise en charge durant la vie du contrat :	1,25 % PMSS
Par enfant de moins de	12 ans
Le test de dépistage des virus impliqués dans le cancer du col de l'utérus (Test HPV) non pris en charge par la Sécurité sociale, sur la base de :	250 % BR-MR
Dans la limite d'une prise en charge tous les :	3 ans
Tout acte de prévention prévu à l'article L871-1 du Code de la Sécurité sociale	Inclus
La Téléconsultation	Inclus
Prise en charge au titre des honoraires médicaux.	Inclus
Les séances d'activité physique adaptée aux affections définies par l'article D1172-2 du Code de la santé publique, sur prescription du médecin traitant.	200 €
L'activité physique doit être dispensée par un professionnel de santé ou un professionnel titulaire d'un diplôme ou certification, tels que définis à l'article D1172-2 du Code de la santé publique.	200 €
Par année civile et par bénéficiaire	

Complémentaire responsable base obligatoire	Surcomplémentaire non responsable
En complément de la Sécurité sociale	Y compris la base obligatoire

Optique

Verres et Monture

Dans la limite d'un équipement tous les :	2 ans	2 ans
Equipements 100% Santé ⁽⁵⁾	100 % PLV-MR	100 % PLV-MR
Equipement à tarif libre (Classe B)		
avec monture et verres simples	250 Euros-MR	370 Euros-MR
avec monture et verres complexes	350 Euros-MR	470 Euros-MR
Equipement avec monture et verres très complexes		
Adulte	450 Euros-MR	570 Euros-MR
Enfant (<16 ans)	450 Euros-MR	470 Euros-MR
Dont monture	100 Euros-MR	100 Euros-MR

Autres postes optique

Prestation d'adaptation (Classe A et B)	100 % PLV-MR	100 % PLV-MR
Par implant intraoculaire multifocal posé à l'occasion de l'opération de la cataracte.	285 €	285 €
Les lentilles de contact correctrices prises en charge par la sécurité sociale	200 €	200 €
Par année civile et par bénéficiaire		
Nous garantissons au minimum :	100 % TM	
Les lentilles de contact correctrices, y compris les lentilles jetables, non prises en charge par la sécurité sociale	200 €	200 €
Par année civile et par bénéficiaire		
L'opération de la myopie et de l'hypermétropie par laser, par œil, par année civile et par bénéficiaire		450 €

Assistance

Vous bénéficiez des services assistances du pack "Aide aux aidants" décrits au chapitre correspondant

Vous bénéficiez des services assistances du pack "Adaptalia Essentiel" décrits au chapitre correspondant

Services

Le Réseau Itélis permet aux assurés d'avoir accès à des soins à tarifs négociés, en protégeant leur budget

La description de ce service est donnée au chapitre correspondant

SIMPLES Avec verres unifocaux	COMPLEXES Avec verres unifocaux	COMPLEXES avec verres multifocaux	TRES COMPLEXES Avec verres multifocaux
■ Sphère entre -6 et 6	■ Sphère hors zone -6 et 6	■ Sphère entre -4 et 4	■ Sphère hors zone -4 et 4
■ Sphérocyclindrique entre -6 et 0 et Cylindre inf = 4	■ Sphérocyclindrique entre -6 et 0 et Cylindre > 4	■ Sphérocyclindrique entre -8 et 0 et Cylindre inf = 4	■ Sphérocyclindrique entre -8 et 0 et Cylindre > 4
■ Sphérocyclindrique > 0 et (Sphère + Cylindre) inf = 6	■ Sphérocyclindrique inf -6 et Cylindre sup = 0,25	■ Sphérocyclindrique > 0 et (Sphère + Cylindre) inf = 8	■ Sphérocyclindrique < -8 et Cylindre sup = 0,25
	■ Sphérocyclindrique > 0 et (Sphère + Cylindre) > 6		■ Sphérocyclindrique > 0 et (Sphère + Cylindre) > 8

Ce tableau synthétise l'ensemble de l'offre d'assurance complémentaire et surcomplémentaire que votre employeur a souscrite pour vous.

Ce document a une vocation informative et ne constitue pas un engagement contractuel. Les remboursements affichés viennent compléter ceux de la Sécurité sociale et de tout autre organisme, dans la limite des frais réels engagés, que ce soit en secteur conventionné ou non. Nous remboursions aussi certaines prestations non prises en charge par la Sécurité sociale. Ces cas particuliers sont spécifiés ci-dessus.

Pour de plus amples informations sur vos garanties, reportez-vous à la Notice d'information qui vous a été remise par votre employeur.

Comprendre les abréviations de votre tableau de garanties

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.

PMSS = Plafond Mensuel de la Sécurité sociale.

BR = Base de remboursement : Tarif servant de référence à la Sécurité sociale pour déterminer le montant de son remboursement.

TM = Ticket modérateur est égal à la Base de remboursement (BR) moins le montant remboursé par la Sécurité Sociale, avant déduction éventuelle de la participation forfaitaire et des franchises en pharmacie, transports sanitaires et auxiliaires médicaux.

FR-SS = Frais réel moins le remboursement de la Sécurité sociale : cela signifie que la garantie couvre la totalité des dépenses engagées par l'assuré, à l'exception de la part remboursée par la Sécurité sociale.

MR = Montant remboursé par la Sécurité sociale.

PLV = Le prix limite de vente (PLV) d'un dispositif médical correspond au prix maximum de vente à l'assuré social. A défaut de fixation d'un prix limite de vente, le prix est libre. **Les professionnels de santé ont l'obligation de respecter les PLV tels que définis par le code de la Sécurité sociale.**

Exemples de remboursements (Informations non contractuelles)

Conformément à notre engagement sur la lisibilité des garanties, vous trouverez ci-dessous les exemples de remboursement (dont les exemples normés) en euros correspondant aux garanties de votre contrat au **1er janvier 2026**. Les montants servant de référence dans les exemples normés sont les tarifs nationaux moyens mis à disposition par l'Union Nationale des Organismes Complémentaire à l'Assurance Maladie (UNOCAM). Ces exemples viennent en complément du régime **général**, en secteur conventionné pour tous les assurés non considérés en Affection Longue Durée (ALD) par la Sécurité sociale.

Base + Option 1	Montant de référence	Remboursement de la Sécurité sociale	Remboursement de votre complémentaire santé	Reste à charge	Précisions
Hospitalisation					
Forfait journalier hospitalier	20 €	- €	20 €	- €	Hors hospitalisation en milieu psychiatrique
Honoraires du chirurgien avec dépassement d'honoraires maîtrisés (adhérent à un DPTAM : l'OPTAM ou l'OPTAM-CO) pour une opération chirurgicale de la cataracte	434 €	271,70 €	162,30 €	- €	Opération de la cataracte (acte BFGA427). Comme il s'agit d'un acte lourd le patient doit s'acquitter d'une participation forfaitaire de 24 € qui peut être prise en charge par votre assurance complémentaire.
Honoraires du chirurgien avec dépassement d'honoraires libres (non adhérent à un DPTAM : l'OPTAM ou l'OPTAM-CO) pour une opération chirurgicale de la cataracte	473 €	271,70 €	201,30 €	- €	Opération de la cataracte (acte BFGA427). Comme il s'agit d'un acte lourd le patient doit s'acquitter d'une participation forfaitaire de 24 € qui peut être prise en charge par votre assurance complémentaire.
Dentaire					
Détartrage	43,38 €	26,03 €	17,35 €	- €	
Couronne céramo-métallique sur incisives, canines et premières pré-molaires (prothèse 100% santé)	500 €	72 €	428 €	- €	Honoraire limite de facturation
Couronne céramo-métallique sur deuxièmes pré-molaires	550 €	72 €	408 €	70 €	Honoraire limite de facturation
Couronne céramo-métallique sur molaires	557 €	72 €	408 €	77 €	Prix moyen national de l'acte
Soins courants					
Consultation d'un médecin traitant généraliste sans dépassement d'honoraires	30 €	19 €	9 €	2 €	Dont franchise de 2€ sur le remboursement de la Sécurité sociale
Consultation d'un médecin traitant généraliste avec dépassement d'honoraires maîtrisés (adhérent à un DPTAM : l'OPTAM ou l'OPTAM-CO)	50 €	19 €	29 €	2 €	Dont franchise de 2€ sur le remboursement de la Sécurité sociale
Consultation d'un médecin traitant généraliste avec dépassement d'honoraires libres (non adhérent à un DPTAM : l'OPTAM ou l'OPTAM-CO)	55 €	14,10 €	29,90 €	11 €	Dont franchise de 2€ sur le remboursement de la Sécurité sociale
Consultation d'un médecin spécialiste en gynécologie obstétrique sans dépassement d'honoraires	37 €	23,90 €	11,10 €	2 €	Dont franchise de 2€ sur le remboursement de la Sécurité sociale
Consultation d'un médecin spécialiste en gynécologie obstétrique avec dépassement d'honoraires maîtrisés (adhérent à un DPTAM : l'OPTAM ou l'OPTAM-CO)	54 €	23,90 €	28,10 €	2 €	Dont franchise de 2€ sur le remboursement de la Sécurité sociale
Consultation d'un médecin spécialiste en gynécologie obstétrique avec dépassement d'honoraires libres (non adhérent à un DPTAM : l'OPTAM ou l'OPTAM-CO)	67 €	14,10 €	29,90 €	23 €	Dont franchise de 2€ sur le remboursement de la Sécurité sociale
Aides Auditives					
Aide auditive de classe I par oreille (équipement 100% santé)	950 €	240 €	710 €	- €	Pour adulte de plus de 21 ans
Aide auditive de classe II par oreille	1 582 €	240 €	960 €	382 €	Pour adulte de plus de 21 ans
Aide auditive de classe II par oreille haut de gamme	2 000 €	240 €	960 €	800 €	Pour adulte de plus de 21 ans

Base + Option 1	Montant de référence	Remboursement de la Sécurité sociale	Remboursement de votre complémentaire santé	Reste à charge	Précisions
 Optique					
Equipement optique de classe A (monture + verres) de verres unifocaux (équipement 100% santé)	125 €	22,50 €	102,50 €	- €	Myopie entre -4 et -6 sur chaque œil
Equipement optique de classe B (monture + verres) de verres unifocaux	346 €	0,09 €	299,91 €	46 €	Myopie entre -4 et -6 sur chaque œil avec une monture au tarif de 146€ et 2 verres au tarif de 200€ (Hors réseau Itelis)

