

# Prestations Sekoia 2026

## Offre Retraités SNCF

	SEKOIA Alternative 1
<b>HOSPITALISATION <sup>(1)</sup></b>	
<b>Frais de séjour</b>	
En établissement conventionné	100% BRSS
En établissement non conventionné	100% BRSS
<b>Honoraires</b>	
Praticien adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée* conventionné	160% BRSS
Praticien non adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée* conventionné	140% BRSS
Praticien adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée* non conventionné	140 % BRSS
Praticien non adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée* non conventionné	140% BRSS
<b>Actes techniques médicaux (externat)</b>	
Adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	160% BRSS
Non adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée* conventionné	140% BRSS
<b>Actes d'imagerie médicale</b>	
Adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	160% BRSS
Non adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée* conventionné	140% BRSS
<b>Chambre particulière</b>	
Forfait journalier hospitalier <sup>(2)</sup> non remboursé par la Sécurité sociale	<b>100 % FR sans limitation de durée</b>
Forfait patient urgence <sup>(9)</sup>	100% FR
Participation forfaitaire de l'assuré sur les actes techniques (y compris soins courants)	<b>100 % de la participation forfaitaire</b>
Chambre particulière <sup>(3)</sup> non remboursée par la Sécurité sociale par nuitée, par journée (hospitalisation en ambulatoire)	1,40% PMSS
<b>Frais d'accompagnant (lit, transport, repas) non remboursé par la Sécurité sociale – sur présentation d'une facture</b>	
Bénéficiaire dont l'âge est < à 16 ans – par nuitée	0,40% PMSS
<b>Hospitalisation à domicile (prise en charge par la Sécurité sociale)</b>	
Adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	160% BRSS
Non adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée* conventionné	140% BRSS
Forfait maternité ou adoption plénière Par enfant	-
<b>DENTAIRE (AUPRÈS D'UN PROFESSIONNEL)</b>	
Soins et prothèses 100 % Santé**	<b>Sans reste à payer <sup>(5)</sup></b>
<b>Soins et prothèses autres que 100% Santé</b>	
Soins conservateurs, endodontie, prophylaxie bucco-dentaire, gingivectomie	100% BRSS
Inlay-onlay	125% BRSS
Parodontologie remboursée par la Sécurité sociale	100% BRSS
Parodontologie, gingivectomie non remboursées par la Sécurité sociale - par an et par bénéficiaire	150 €
<b>Prothèses dentaires remboursées par la Sécurité sociale (hors inlay-core)</b>	
Incisives, canines, prémolaires et molaires	280% BRSS
Couronne sur implant	280% BRSS
Inlay-core	280% BRSS
Bridge	280% BRSS
Prothèses dentaires non remboursées par la Sécurité sociale (couronnes et piliers de bridges sur dents saines) - par acte	240 €
Implantologie Scanner, pose de l'implant, pilier implantaire : par implant, 3 implants maximum par an et par bénéficiaire	400 €
<b>ORTHODONTIE <sup>(4)</sup></b>	
Remboursée par la Sécurité sociale - par semestre de traitement et par bénéficiaire	200% BRSS
Non remboursée par la Sécurité sociale - par semestre de traitement et par bénéficiaire, limité à 4 semestres	387 €
<b>OPTIQUE : ÉQUIPEMENT (1 MONTURE + 2 VERRES) Prise en charge limitée à un équipement (1 monture + 2 verres) par période de 2 ans pour les adultes sauf en cas de renouvellement anticipé prévu à l'article L165-1 du Code de la Sécurité Sociale, notamment pour les moins de 16 ans ou en cas d'évolution de la vue (1 an).</b>	
Équipement 100 % Santé** (classe A) <sup>(8)</sup> y compris facturation de l'examen d'adaptation correctrice de la vue et l'appariage des verres par l'opticien	<b>Sans reste à payer <sup>(6)</sup></b>
<b>Équipement autre que 100 % Santé (classe B) <sup>(8)</sup> y compris le remboursement de la Sécurité sociale</b>	
<b>Par bénéficiaire</b>	
Monture	<b>100 € (inclus dans l'équipement)</b>
Équipement avec 2 verres simples y compris monture	200 €
Équipement avec 2 verres complexes y compris monture	400 €
Équipement avec 2 verres très complexes y compris monture	550 €
Facturation de l'examen d'adaptation correctrice de la vue par l'opticien	100% BRSS
<b>Lentilles</b>	
Lentilles prescrites remboursées par la Sécurité sociale - par an et par bénéficiaire <sup>(11)</sup>	150 € (100% BRSS minimum)
Lentilles prescrites, y compris jetables, non remboursées par la Sécurité sociale. Par an et par bénéficiaire <sup>(11)</sup>	100 €
Chirurgie optique réfractive / Par œil et par bénéficiaire	400 €

		SEKOIA Alternative 1
<b>AIDE AUDITIVE OU ÉQUIPEMENT PAR OREILLE, RENOUVELLEMENT TOUS LES 4 ANS</b>		
Équipement 100 % Santé** (classe I)		<b>Sans reste à payer<sup>(6)</sup></b>
Équipement autre que 100 % Santé (classe II)		
Limité à 1 700 € TTC par aide auditive (hors accessoires) y compris le remboursement de la Sécurité sociale		
Appareil auditif remboursé par la Sécurité sociale - par oreille et par bénéficiaire		100% BRSS + 400 €
Accessoires et fournitures		100% BRSS
<b>SOINS COURANTS AUPRÈS D'UN PROFESSIONNEL CONVENTIONNÉ OU NON</b>		
<b>Honoraires médicaux Consultation / visite / consultation en ligne</b>		
<b>Chez un généraliste</b>		
Adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*		160% BRSS
Non adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée* conventionné		140% BRSS
Non adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée* et non conventionné		140% BRSS
<b>Chez un spécialiste</b>		
Adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*		160% BRSS
Non adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée* conventionné		140% BRSS
Non adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée* et non conventionné		140 % BRSS
Télésurveillance médicale et Dispositifs Médicaux Numériques y compris à visée thérapeutique remboursés par la Sécurité sociale		100% BRSS
<b>Acte techniques médicaux</b>		
Adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*		160% BRSS
Non adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée* conventionné		140% BRSS
Non adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée* et non conventionné		140% BRSS
<b>Actes d'imagerie médicale</b>		
Adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*		160% BRSS
Non adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*		140% BRSS
<b>Honoraires paramédicaux, frais de déplacement</b>		
Dispositif Mon soutien Psy : consultation de Psychologue, remboursée par la Sécurité sociale <sup>(10)</sup>		100% BRSS
<b>Analyses et examens de laboratoire</b>		
		100% BRSS
<b>Matériel médical</b>		
Appareillage et prothèses médicales, hors aides auditives et optiques		200% BRSS
Prothèses capillaires relevant du 100% santé (Classes I et II)		<b>Intégralement pris en charge</b>
Prothèses capillaires ne relevant pas du 100% santé (Classes III et IV)		200% BRSS
Non remboursé par la Sécurité sociale : orthopédie, prothèses, accessoires, appareillages non remboursés (hors aides auditives et optique) inscrits sur la Liste des Produits et des Prestations (LPP)		-
Fauteuil roulant (sauf fauteuil roulant relevant du 100% santé)		380% BRSS
Fauteuil roulant relevant du 100% santé		<b>Intégralement pris en charge</b>
Frais de transport sanitaire : ambulance, taxi conventionné		100% BRSS
<b>CURES THERMALES REMBOURSÉES PAR LA SÉCURITÉ SOCIALE</b>		
Honoraires, forfaits de surveillance médicale et thermale		100% BRSS
<b>MÉDICAMENTS</b>		
Médicaments remboursés à 65%		100% BRSS
Médicaments remboursés à 30%		100% BRSS
Médicaments remboursés à 15%		15% BRSS
Préparation magistrale remboursable à 65%		100% BRSS
Vaccin préventif du cancer du col de l'utérus remboursé par la Sécurité sociale		100% BRSS
<b>MÉDECINE ADDITIONNELLE ET DE PRÉVENTION (SUR PRÉSENTATION D'UNE FACTURE ORIGINALE ÉTABLIE PAR LE PROFESSIONNEL) NON REMBOURSÉE PAR LA SÉCURITÉ SOCIALE</b>		
Acupuncteur, Ostéopathe, Chiropracteur, Psychomotricien, Pédicure/Podologue, Diététicien, Psychologue, Tabacologue		120 € / an / bénéficiaire
<b>ACTES SPÉCIFIQUES</b>		
Amniocentèse non remboursée par la Sécurité sociale - par acte		-
Actes de prévention - Tout acte de prévention remboursé par la Sécurité sociale <sup>(7)</sup>		100% BRSS
Service Vacances		Oui
Santéclair		Oui

Les prestations s'inscrivent dans le respect du contrat « Responsable et solidaire » dans la limite des frais engagés. Les prestations sont indiquées en pourcentage du Plafond Mensuel de la Sécurité sociale (PMSS) ou en pourcentage de la Base de Remboursement de la Sécurité sociale ou CPRPF (BRSS), en incluant la part de l'Assurance Maladie Obligatoire (AMO) en vigueur au jour de la signature du contrat.

Lorsque le professionnel de santé n'est pas conventionné(e) avec l'Assurance Maladie, la base de remboursement est le tarif d'Autorité (dont le montant est très inférieur aux tarifs de remboursement pour les professionnels de santé conventionnés). L'absence de prise en charge par les régimes sociaux obligatoires ne donne pas lieu à remboursement de la Mutuelle, sauf cas spécifiques mentionnés dans le tableau de garantie. Les forfaits exprimés par an s'entendent, sauf précision, par année civile.

BRSS = Base de Remboursement de la Sécurité sociale. TM = Ticket Modérateur : différence entre la base de remboursement et le montant remboursé par l'assurance maladie obligatoire (avant application sur celui-ci de la participation forfaitaire de deux euros ou d'une franchise).

PMSS = Plafond mensuel de la Sécurité sociale (à titre indicatif au 01/01/2025 : 3 925 €)

\* Dispositifs de pratiques tarifaires maîtrisées OPTAM ou OPTAM-CO (en Chirurgie et Obstétrique) : en adhérent à ces options, les professionnels de santé s'engagent à limiter leurs dépassements d'honoraires dans des conditions établies par la convention. Pour savoir si un médecin a adhéré à l'OPTAM ou à l'OPTAM-CO, le site [annuaire.sante.ameil.fr](http://annuaire.sante.ameil.fr) est à la disposition de tous.

\*\* 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 maximums fixés.

- (1) En médecine, chirurgie, obstétrique, psychiatrie, hors chirurgie esthétique.
- (2) Hors établissements médico-sociaux (Maison d'Accueil Spécialisée, maison de retraite, EHPAD), tels que définis à l'article L.312-1 du Code de l'action sociale et des familles.
- (3) La prise en charge est limitée à 180 jours par an pour les séjours en psychiatrie. La chambre en ambulatoire correspond à une chambre pour une chirurgie et/ou anesthésie ambulatoire avec admission et sortie le même jour.
- (4) Les forfaits sont calculés et proratisés sur la base d'un semestre de traitement.
- (5) Dans la limite des frais réellement engagés et des honoraires limites de facturation.
- (6) Dans la limite des frais réellement engagés et des prix limites de vente.
- (7) La prise en charge porte sur tout acte de prévention remboursé par la Sécurité sociale (liste disponible sur [ameil.fr](http://ameil.fr))
- (8) L'équipement optique de « classe A » est sans reste à charge pour l'assuré : cet équipement est remboursé aux frais réels dans la limite des prix de vente qui s'imposent aux opticiens pour l'application du «100% santé». L'équipement optique de « classe B » :

cet équipement est remboursé dans le respect des planchers et plafonds prévus dans le cadre du contrat responsable et dans les limites des garanties mentionnées dans le tableau de garanties.

- (9) Facturation forfaitaire des actes médicaux et soins réalisés lors du passage aux urgences n'entraînant pas d'hospitalisation.
- (10) Séances effectuées par un psychologue référencé par la Sécurité sociale. Liste des psychologues référencés disponible sur [monsoutienpsy.sante.gouv.fr](http://monsoutienpsy.sante.gouv.fr)
- (11) Les prestations « remboursées » et « non remboursées » ne sont pas cumulatives. Le forfait est versé pour l'une ou l'autre des prestations.

**0 809 40 54 54** Service gratuit + prix appel

[www.mutuelle-entrain.fr](http://www.mutuelle-entrain.fr)