


Prestations Sekoia 2026

Offre Retraités SNCF

	SEKOIA Alternative 2
HOSPITALISATION ⁽¹⁾	
Frais de séjour	
En établissement conventionné	100% BRSS
En établissement non conventionné	100% BRSS
Honoraires	
Praticien adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée* conventionné	140% BRSS
Praticien non adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée* conventionné	120% BRSS
Praticien adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée* non conventionné	120% BRSS
Praticien non adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée* non conventionné	120% BRSS
Actes techniques médicaux (externat)	
Adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	140% BRSS
Non adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée* conventionné	120% BRSS
Actes d'imagerie médicale	
Adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	140% BRSS
Non adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée* conventionné	120% BRSS
Chambre particulière	
Forfait journalier hospitalier ⁽²⁾ non remboursé par la Sécurité sociale	100 % FR sans limitation de durée
Forfait patient urgence ⁽⁹⁾	100% FR
Participation forfaitaire de l'assuré sur les actes techniques (y compris soins courants)	100 % de la participation forfaitaire
Chambre particulière ⁽³⁾ non remboursée par la Sécurité sociale par nuitée, par journée (hospitalisation en ambulatoire)	0,80% PMSS
Frais d'accompagnant (lit, transport, repas) non remboursé par la Sécurité sociale – sur présentation d'une facture	
Bénéficiaire dont l'âge est < à 16 ans – par nuitée	0,40% PMSS
Hospitalisation à domicile (prise en charge par la Sécurité sociale)	
Adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	140% BRSS
Non adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée* conventionné	120% BRSS
Forfait maternité ou adoption plénière Par enfant	-
DENTAIRE (AUPRÈS D'UN PROFESSIONNEL)	
Soins et prothèses 100 % Santé**	Sans reste à payer ⁽⁵⁾
Soins et prothèses autres que 100% Santé	
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	75 €
Prothèses dentaires remboursées par la Sécurité sociale (hors inlay-core)	
Incisives, canines, prémolaires et molaires	150% BRSS
Couronne sur implant	150% BRSS
Inlay-core	150% BRSS
Bridge	150% BRSS
Prothèses dentaires non remboursées par la Sécurité sociale (couronnes et piliers de bridges sur dents saines) - par acte	120 €
Implantologie Scanner, pose de l'implant, pilier implantaire : par implant, 3 implants maximum par an et par bénéficiaire	-
ORTHODONTIE ⁽⁴⁾	
Remboursée par la Sécurité sociale - par semestre de traitement et par bénéficiaire	125% BRSS
Non remboursée par la Sécurité sociale - par semestre de traitement et par bénéficiaire, limité à 4 semestres	193,5 €
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).	
Équipement 100 % Santé** (classe A) ⁽⁸⁾ y compris facturation de l'examen d'adaptation correctrice de la vue et l'appariage des verres par l'opticien	Sans reste à payer ⁽⁶⁾
Équipement autre que 100 % Santé (classe B) ⁽⁸⁾ y compris le remboursement de la Sécurité sociale	
Par bénéficiaire	
Monture	100 € (inclus dans l'équipement)
Équipement avec 2 verres simples y compris monture	150 €
Équipement avec 2 verres complexes y compris monture	300 €
Équipement avec 2 verres très complexes y compris monture	400 €
Facturation de l'examen d'adaptation correctrice de la vue par l'opticien	100% BRSS
Lentilles	
Lentilles prescrites remboursées par la Sécurité sociale - par an et par bénéficiaire ⁽¹¹⁾	100 € (100% BRSS minimum)
Lentilles prescrites, y compris jetables, non remboursées par la Sécurité sociale. Par an et par bénéficiaire ⁽¹¹⁾	-
Chirurgie optique réfractive / Par œil et par bénéficiaire	300 €

SEKOIA	
Alternative 2	
AIDE AUDITIVE OU ÉQUIPEMENT PAR OREILLE, RENOUELEMENT TOUS LES 4 ANS	
Équipement 100 % Santé** (classe I)	Sans reste à payer ⁽⁶⁾
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 + 100 €
Accessoires et fournitures	100% BRSS
SOINS COURANTS AUPRÈS D'UN PROFESSIONNEL CONVENTIONNÉ OU NON	
Honoraires médicaux Consultation / visite / consultation en ligne	
Chez un généraliste	
Adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	120% BRSS
Non adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée* conventionné	100% BRSS
Non adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée* et non conventionné	100% BRSS
Chez un spécialiste	
Adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	120% BRSS
Non adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée* conventionné	100% BRSS
Non adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée* et non conventionné	100% BRSS
Télésurveillance médicale et Dispositifs Médicaux Numériques y compris à visée thérapeutique remboursés par la Sécurité sociale	100% BRSS
Acte techniques médicaux	
Adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	120% BRSS
Non adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée* conventionné	100% BRSS
Non adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée* et non conventionné	100% BRSS
Actes d'imagerie médicale	
Adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	120% BRSS
Non adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	100% BRSS
Honoraires paramédicaux, frais de déplacement	
Dispositif Mon soutien Psy : consultation de Psychologue, remboursée par la Sécurité sociale ⁽¹⁰⁾	100% BRSS
Analyses et examens de laboratoire	
	100% BRSS
Matériel médical	
Appareillage et prothèses médicales, hors aides auditives et optiques	100% BRSS
Prothèses capillaires relevant du 100% santé (Classes I et II)	Intégralement pris en charge
Prothèses capillaires ne relevant pas du 100% santé (Classes III et IV)	100% 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)	280% BRSS
Fauteuil roulant relevant du 100% santé	Intégralement pris en charge
Frais de transport sanitaire : ambulance, taxi conventionné	100% BRSS
CURES THERMALES REMBOURSÉES PAR LA SÉCURITÉ SOCIALE	
Honoraires, forfaits de surveillance médicale et thermale	100% BRSS
MÉDICAMENTS	
Médicaments remboursés à 65%	100% BRSS
Médicaments remboursés à 30%	100% BRSS
Médicaments remboursés à 15%	15% BRSS
Préparation magistrale remboursable à 65%	-
Vaccin préventif du cancer du col de l'utérus remboursé par la Sécurité sociale	100% BRSS
MÉDECINE ADDITIONNELLE ET DE PRÉVENTION (SUR PRÉSENTATION D'UNE FACTURE ORIGINALE ÉTABLIE PAR LE PROFESSIONNEL) NON REMBOURSÉE PAR LA SÉCURITÉ SOCIALE	
Acupuncteur, Ostéopathe, Chiropracteur, Psychomotricien, Pédicure/Podologue, Diététicien, Psychologue, Tabacologue	80 € / an / bénéficiaire
ACTES SPÉCIFIQUES	
Amniocentèse non remboursée par la Sécurité sociale - par acte	-
Actes de prévention - Tout acte de prévention remboursé par la Sécurité sociale ⁽⁷⁾	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 01/01/2026 : 4 005 €)

* Dispositifs de pratiques tarifaires maîtrisées OPTAM ou OPTAM-CO (en Chirurgie et Obstétrique) : en adhérant 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.ameli.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 amelii.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 monsoutienspsy.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.

 09 70 75 76 95 appel non surtaxé



mutuelle-entrain.fr



Mutuelle Entrain - 5, boulevard Camille Flammarion, 13001 Marseille.
Mutuelle régie par le livre II du Code de la mutualité, SIREN 775 558 778.

Assurance Complémentaire Santé



Document d'information sur le produit d'assurance

Compagnie : Mutuelle Entrain, 5 Boulevard Flammarion, le Massilia, 13001 MARSEILLE, mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la mutualité, immatriculée en France sous le numéro SIREN : 775 558 778

Produit : Complémentaire santé collective à adhésion facultative – Retraités SNCF SEKOIA

Ce document d'information présente un résumé des principales garanties et exclusions du contrat.

Il ne prend pas en compte vos besoins et demandes spécifiques. Vous trouverez les informations complètes dans la documentation précontractuelle et contractuelle. En particulier, les niveaux de remboursement sont détaillés dans le tableau des garanties.

De quel type d'assurance s'agit-il ?

Ce produit complémentaire santé collective à adhésion facultative SEKOIA est destiné à rembourser tout ou partie des frais de santé restant à la charge de l'assuré et des éventuels bénéficiaires en cas d'accident, de maladie ou de maternité, en complément de la Sécurité sociale française. Le contrat est ouvert exclusivement aux retraités de la SNCF (statutaires ou non statutaires).



Qu'est-ce qui est assuré ?

Les montants des prestations sont soumis à des plafonds qui varient en fonction du niveau de garantie choisi, et figurent dans le tableau de garanties. Ils ne peuvent être plus élevés que les dépenses engagées, et une somme peut rester à votre charge.

LES GARANTIES SYSTEMATIQUEMENT PREVUES

- ✓ **Hospitalisation** : Honoraires, frais de séjour, imagerie médicale, chambre particulière (forfait journalier hospitalier, forfait patient urgence, honoraires), forfait accompagnement enfant moins de 16 ans, hospitalisation à domicile prise en charge par l'AMO.
- ✓ **Soins courants**: Consultations généralistes et spécialistes, visites médecins, radiologie et analyses médicales, auxiliaires médicaux, médicaments remboursés à 15%, 30% et 65% par la Sécurité sociale, transport pris en charge par l'AMO.
- ✓ **Matériel médical** : Appareillage et prothèses médicales, fauteuil roulant, prothèses capillaires classe I et II.
- ✓ **Optique** : Lunettes (monture et verres), lentilles de contact prescrites prises en charge par l'AMO, chirurgie réfractive.
- ✓ **Dentaire** : Soins et prothèses dentaires (couronnes, bridges), prothèses non prises en charge par la Sécurité sociale, inlay-onlay, inlay-core, orthodontie, parodontologie.
- ✓ **Aides auditives** : Prothèses auditives prises en charge par l'AMO, accessoires et fournitures.
- ✓ **Pack bien-être** : ostéopathe, acupuncteur, diététicien, chiropracteur, pédicure/podologue, psychologue, psychomotricien, tabacologue.
- ✓ **Prévention** : actes de prévention remboursés par l'AMO.
- ✓ **Cures Thermales remboursées par la Sécurité sociale** : honoraires.

LES GARANTIES OPTIONNELLES (selon le niveau de garantie choisi)

- Dentaire** : Implantologie.
- Prévoyance** : Forfait maternité ou adoption.
- Optique** : Lentilles non remboursées par l'AMO.
- Matériel médical** : orthopédie, prothèses, accessoires, appareillage non remboursés par l'AMO inscrits sur la LPP.
- Médicaments** : Préparation magistrale remboursable à 65%.
- Prévention** : Amniocentèse non remboursée par l'AMO.

LES SERVICES SYSTEMATIQUEMENT PREVUS

- ✓ Tiers payant pour éviter de faire l'avance de frais.
- ✓ Réseau de soins (réduction tarifaire chez les opticiens, chirurgiens-dentistes et audioprothésistes partenaires), téléconsultation médicale, deuxième avis médical.
- ✓ Service vacances.

Les garanties précédées d'une coche ✓ sont systématiquement prévues au contrat.



Qu'est-ce qui n'est pas assuré ?

- ✗ Les soins reçus en dehors de la période de validité du contrat, non expressément prévus au tableau de garanties, non remboursés par l'AMO sauf indication contraire.
- ✗ Les indemnités versées en complément de la Sécurité sociale en cas d'arrêt de travail.
- ✗ La chirurgie esthétique non prise en charge par la Sécurité Sociale.
- ✗ Le forfait journalier hospitalier et la chambre particulière facturés par les établissements d'hébergement médicaux sociaux, comme les maisons d'accueil spécialisées (MAS) ou les établissements d'hébergement pour les personnes dépendantes (EHPAD).



Y-a-t-il des exclusions à la couverture ?

PRINCIPALES EXCLUSIONS DU CONTRAT RESPONSABLE

- ! La participation forfaitaire de 2€ et les franchises sur les boîtes de médicaments, actes paramédicaux et transport.
- ! La majoration du ticket modérateur et les dépassements d'honoraires si les dépenses de santé sont réalisées en dehors du parcours de soins.
- ! Les montants au-delà des prix limites de vente ou honoraires limites de facturation pour les soins et actes relevant du panier 100% santé.
- ! Les dépassements d'honoraires au-delà de la limite fixée réglementairement pour les médecins n'adhérant pas à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée.

PRINCIPALES RESTRICTIONS

- ! Hospitalisation : prise en charge dans la limite d'un plafond annuel pour la chambre en psychiatrie.
- ! Optique : prise en charge limitée à un équipement par période de 2 ans, réduite à 1 an pour un mineur ou en cas d'évolution de la vue.
- ! Dentaire : les remboursements interviennent le cas échéant dans la double limite du niveau de garantie exprimé et des honoraires de facturation fixés par la convention nationale des chirurgiens-dentistes.
- ! Aides auditives : prise en charge limitée à un appareil par oreille tous les 4 ans à compter de la date d'acquisition. Pour les appareils relevant du panier libre dans la limite d'un plafond par appareil (dont ticket modérateur et participation AMO).



Où suis-je couvert ?

- ✓ Vous êtes couvert en **France et à l'étranger**.
- ✓ Dans le cas où les soins ont été dispensés à l'étranger, le remboursement s'effectue si le régime d'assurance maladie obligatoire français intervient, quelle que soit la dépense engagée.



Quelles sont mes obligations ?

Sous peine de suspension des garanties :

A la souscription du contrat :

- Remplir avec exactitude le bulletin d'adhésion fourni par la mutuelle,
- Fournir tous documents justificatifs demandés par la mutuelle,
- Régler la cotisation (ou fraction de cotisation) indiquée au contrat.

En cours de contrat :

- Fournir tous documents justificatifs nécessaires au paiement des prestations prévues au contrat,
- Payer les cotisations,
- Faire parvenir les demandes de remboursements à la mutuelle dans un délai maximum de 2 ans suivant la date de remboursement des soins de la Sécurité Sociale,
- Informer la mutuelle dans les plus brefs délais des événements suivants, dès leur survenance :
 - Changements de situation : changement d'adresse, modification de sa composition familiale (naissance, mariage, décès), changement de situation au regard des régimes obligatoires français d'assurance maladie,
 - Changement de profession : perte d'emploi, départ à la retraite.



Quand et comment effectuer les paiements ?

Les cotisations sont payables annuellement à la date indiquée dans le contrat.
Un paiement fractionné peut toutefois être accordé (Semestriel, Trimestriel, Mensuel) sans aucun frais supplémentaire.
Les paiements peuvent être effectués par chèque ou prélèvement automatique.



Quand commence la couverture et quand prend-elle fin ?

La date d'effet du contrat est fixée d'un commun accord et est indiquée dans le contrat. En cas de contrat conclu à distance, l'assuré dispose d'un délai de rétractation de 14 jours, qui commence à courir à compter de la conclusion du contrat, ou à compter de la réception de l'ensemble de la documentation contractuelle (si cette date est postérieure à la date de conclusion du contrat).

Le contrat est conclu jusqu'au 31 décembre de l'année en cours et se renouvelle automatiquement d'année en année à sa date d'échéance principale sauf résiliation par l'une des parties dans les cas et conditions fixées au contrat.



Comment puis-je résilier le contrat ?

Vous pouvez mettre fin au contrat :

- À la date d'échéance principale du contrat, soit le 31 décembre, en nous adressant une lettre recommandée au moins deux mois avant cette date (délai de préavis), La demande de résiliation s'effectue soit par lettre ou tout autre support durable, soit par déclaration faite au siège social, soit par acte extrajudiciaire, soit, lorsque la mutuelle propose la conclusion de contrat par un mode de communication à distance, par le même mode de communication, conformément à l'article L221-10-3 du Code de la mutualité, sans frais ni pénalités,
- En cas de modification de votre situation personnelle ou professionnelle ayant une influence directe sur les risques garantis,
- Le contrat peut aussi être résilié dans les conditions fixées par l'article L221-10-2 du Code de la mutualité : résiliation du contrat possible à tout moment après expiration d'un délai d'un an à compter de la première souscription, sans frais ni pénalités, par les mêmes moyens que ceux visés au premier tiret.