

Complémentaire santé

Le contrat groupe FDSEA 85-JA 85 / Mutualia fait peau neuve en 2026

Un contrat relooké avec de meilleures prises en compte des médecines douces notamment, des niveaux de garanties par tranche d'âge et le tout avec une inflation très contenue et de très faibles évolutions tarifaires pour 2026.

Dans les tous prochains jours, les adhérents FDSEA 85 et JA 85 se verront adresser un courrier d'information relatif au contrat groupe complémentaire santé. S'ils sont souscripteurs, leurs formalités consisteront, avant le 15 novembre, à dénoncer ou faire évoluer le contenu de leur contrat. Il faut donc procéder à une vérification de niveau de couverture pour les bénéficiaires actuels de l'une des formules nickel, bronze, argent ou or, et à s'assurer que le nombre de bénéficiaires n'a pas évolué.

Une évolution par tranche d'âge

Cette année, il convient d'être attentifs. Le contrat évolue à deux niveaux : meilleure prise en compte et remboursement des médecines douces, prise en compte des implants dentaire et pour le niveau or, chez les seniors, de meilleurs remboursements sur les appareils auditifs. L'autre évolution consiste à ne plus statuer sur la situation professionnelle ou le passage effectif à la retraite mais plus sur une gestion par tranche d'âge pour plus d'équité entre les bénéficiaires. De fait, les jeunes installés jusqu'à 29 ans bénéficient d'un tarif très attractif sur le marché. Les relations de confiance instituées avec Mutualia depuis de nombreuses années permettent également de faire bénéficier d'un tarif unique pour les tranches d'âges de 40 à 59 ans. Les seuils suivants évoluent également avec une tranche d'âge 60 à 64 ans, 65 à 69 ans et 70 ans et plus. Comme chaque année, chaque souscripteur du contrat est amené à vérifier l'exactitude des données le concernant, le nombre de

bénéficiaires par tranche d'âge et le niveau de garanties souscrites. Les adhérents FDSEA non titulaires d'un contrat groupe via la FDSEA 85 se voient, eux, informés du dispositif, ils sont invités à réaliser le comparatif par rapport à leur offre existante. Ils peuvent, le cas échéant, retirer un dossier de souscription auprès du service complémentaire santé de la FDSEA 85 (contact ci-contre). À noter qu'en 2026, ce contrat instauré en 2010 après plusieurs évolutions, fait peau neuve. Plus adapté à la typologie et aux attentes actuelles de la population, il prend désormais mieux en compte les remboursements pour médecines douces. Jusqu'à deux remboursements par an à hauteur de 50 € par consultation pour la formule or, la plus complète, contre 2x40 € précédemment. Une revalorisation de 100 € sur les équipements libres d'appareil auditif dans la formule or. Et désormais une prise en compte des implants dentaires. Toutes ces nouveautés sont exposées dans la grille tarifaire ci-contre.

Un bénéficiaire peut faire

varier son niveau de garanties à la hausse ou à la baisse pour lui et ses ayants droit. Six tranches d'âge sont proposées désormais.

En cas de situation analogue sans évolution de la situation familiale, le titulaire n'a pas de démarches à accomplir. Par tacite reconduction, son contrat sera prolongé d'un an.

Pour les personnes désireuses de modifier leur contrat : il faut faire connaître votre décision avant le 15 novembre 2025 par LRAR ou par courriel adressé au service Complémentaire santé de la FDSEA 85. Il est rappelé à chaque souscripteur de bien vérifier si le niveau de garantie proposé est toujours en conformité avec ses attentes, et si sa situation ou celle de ses ayants droit n'a pas évolué (nombre d'enfants à charge, constat obligatoire pour le conjoint). C'est la situation de la personne au 1^{er} janvier 2026 qui importe. À noter qu'avec une organisation désormais par tranches d'âge, l'évolution vers un passage à la retraite n'a pas nécessité d'être notifiée à la complémentaire santé.

Concernant les enfants, ils

Contact

Service Complémentaire santé de la FDSEA 85
02 51 36 82 18
complementaire@fdsea85.fr

sont couverts par le contrat du parent titulaire jusqu'à leur majorité puis sous statut étudiant jusqu'à 26 ans maximum. Les évolutions de situation s'appréhendent au premier jour du mois suivant réception de la demande, accompagnée de l'ensemble des pièces justificatives. Le rattachement ou détachement d'un membre de la famille (naissance, conjoint couvert à titre obligatoire par son employeur sans possibilité de dérogation, séparation, décès...) sont des informations à communiquer avec justificatifs dès leur réalisation.

Dernier point, il convient également de renouveler son adhésion à la FDSEA 85 pour bénéficier des avantages du contrat groupe, estimé à une économie de 10 % en moyenne par rapport au contrat individuel équivalent sur le marché.

TARIFS MENSUELS 2026

	NICKEL	BRONZE	ARGENT	OR
Adulte jusqu'à 29 ans inclus	18,30	25,00	26,27	31,88
Adulte 30 à 29 ans inclus	23,63	32,16	36,60	41,00
Adulte 40 ans à 59 ans inclus	40,30	48,16	59,05	66,92
Enfant (étudiant pris en charge jusqu'à 26 ans inclus)	24,30	31,03	33,47	34,53
Adulte de 60 à 64 ans inclus	54,18	70,67	86,20	96,97
Adulte de 65 à 69 ans inclus	71,65	89,90	114,38	128,70
Adulte de 70 ans et plus	91,68	120,91	133,18	160,66

* âge au 1^{er} janvier 2026

Carte Moisson Optam : Option pratique tarifaire maîtrisée - FR : Frais réels - RO : Régime obligatoire - TM : Ticket modérateur

Les taux de remboursement de la Sécurité sociale sont mentionnés ci-dessus à titre indicatif et peuvent être modifiés par décision réglementaire ou législative. Les taux indiqués s'appliquent aux tarifs de Base de Remboursement de Sécurité Sociale, dans les limites des frais engagés et sous réserve de remboursement par le Régime Obligatoire. Les garanties s'appliquent dans les limites des dispositions du contrat. Les garanties sont responsables au sens des articles L.871-1 et R.871-1 et suivant du Code de la Sécurité Sociale tels qu'issus des notifications introduites par l'article 56 de la loi de Financement de la Sécurité Sociale pour 2014 et le décret n° 2014-1374 du 18 novembre 2014. Conformément à la loi, la mutuelle ne prend pas en charge la participation forfaitaire (1 €) ainsi que les franchises et majorations applicables au 1^{er} janvier 2009 en cas de non-respect du parcours de soins. Dans le cadre des actes de plus de 120 € mis en œuvre par des spécialistes, la participation forfaitaire est prise en charge par la mutuelle.

(1) Forfait journalier facturé par les établissements de santé, à l'exclusion de celui facturé par les établissements médicaux sociaux, tels que définis et repris dans le contrat.

(2) Limité à 60 jours par an et par bénéficiaire pour les séjours en psychiatrie, placement à vie, cures, convalescence, moyens séjours, centre de rééducation, sanatorium et en établissement non conventionné.

(3) Enfant de moins de 16 ans (lit + repas).

(4) Pour les dépassements d'honoraires et chambres particulières en maternité, dans la limite des frais engagés.

(5) Tels que définis réglementairement et selon les modalités et conditions de prise en charge prévues par le contrat. Remboursement de la monture limité à 100 €.

(6) Équipements composés de 2 verres et une monture. Limité à un équipement tous les deux ans, tels que définis réglementairement et selon les conditions et modalités de prise en charge prévues dans le contrat.

(7) Prise en charge des verres limitée au plafond défini par le contrat responsable tel que défini aux articles L. 871-1, R. 871-2 du Code de la sécurité sociale.

(8) Plafond annuel de la garantie dentaire (ensemble des prestations dentaires) = de 700 à 1000 €/an selon les garanties.

(9) Tels que définis réglementairement et selon les modalités et conditions de prise en charge prévues par le contrat.

(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 € par oreille.

(11) Forfait annuel à utiliser librement sur les différentes prestations, si celles-ci ne sont pas prises en charge par le RO et dans la limite du forfait indiqué. Le remboursement est effectué sur présentation de justificatifs de dépenses ou de factures.

(12) Inscrits au répertoire Adeli, ou amené à le remplacer. Acupuncture : exercée par un médecin une sage-femme ou un chirurgien-dentiste disposant des diplômes leur permettant d'exercer les actes légalement.

Renseignements auprès du service Complémentaire santé de la FDSEA 85 au 02 51 36 82 18 ou à complementaire@fdsea85.fr

NATURE DES FRAIS	RÉGIME OBLIGATOIRE (RO)	NICKEL RO + MUTUALIA	BRONZE RO + MUTUALIA	ARGENT RO + MUTUALIA	OR RO + MUTUALIA
Soins courants					
Honoraires médicaux : consultations et actes techniques					
• Généralistes et spécialistes adhérents à l'Optam / Optam-co	70 %	120 %	150 %	200 %	250 %
• Généralistes et spécialistes non adhérents à l'Optam / Optam-co	70 %	100 %	130 %	180 %	200 %
Actes d'imagerie et d'échographie : IRM, endoscopie, radiologie, scanner...					
• Praticiens adhérents à l'Optam / Optam-co	70 %	100 %	100 %	150 %	150 %
• Praticiens non adhérents à l'Optam / Optam-co	70 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Honoraires paramédicaux pris en charge par le RO : infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, orthophonistes, orthoptistes, pédicures-podologues	60 %	100 %	120 %	130 %	150 %
Analyses et examens de laboratoire	60 %	100 %	120 %	130 %	150 %
Médicaments					
• Médicaments pris en charge par le RO (y.c vaccins et homéopathie)	15 % à 100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Matériel médical pris en charge par le RO : pansements, orthopédie, minerves, genouillères...	60 % à 100 %	100 %	165 %	200 %	200 %
Transports pris en charge par le RO	65 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Hospitalisation					
Honoraires médicaux et chirurgicaux					
• Praticiens adhérents à l'Optam / Optâmes	80 % à 100 %	150 %	230 % ou 250 %	230 % ou 250 %	230 % ou 250 %
• Praticiens non adhérents à l'Optam / Optâmes	80 % à 100 %	130 %	200 %	200 %	200 %
Forfait journalier hospitalier (1)	-	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Frais de séjour	80 % à 100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Chambre particulière avec nuitée (2)	-	30 € / jour	55 € / jour	77,19 € / jour	77,19 € / jour
Chambre particulière en ambulatoire	-	18 € / jour	27,50 € / jour	38,60 € / jour	38,60 € / jour
Forfait d'accompagnement de l'enfant (3)	-	15 € / jour	25 € / jour	28,59 € / jour	28,59 € / jour
Hospitalisation en cas de maternité (4)	-	-	33 % PMSS	33 % PMSS	33 % PMSS
Optique (5)					
Équipements 100 % santé (6)	60 %	Frais réels plafonnés au prix limite de vente	Frais réels plafonnés au prix limite de vente	Frais réels plafonnés au prix limite de vente	Frais réels plafonnés au prix limite de vente
Équipements à tarifs libres - Adulte					
Verres simples + monture (7)	60 %	150 €	286 €	336 €	357 €
Verres complexes ou très complexes + monture (7)	60 %	200 €	367 €	410 €	489 €
Verres mixtes : 1 verre simple et 1 verre complexe ou très complexe + monture (7)	60 %	175 €	326 €	373 €	423 €
Équipements à tarifs libres - Enfant (6)					
Verres simples + monture (7)	60 %	150 €	286 €	336 €	357 €
Verres complexes ou très complexes + monture (7)	60 %	200 €	367 €	410 €	489 €
Verres mixtes : 1 verre simple et 1 verre complexe ou très complexe + monture (7)	60 %	175 €	326 €	373 €	423 €
Lentilles prises en charge par le RO (y.c jetables)					
Adulte		350 % + 200 €	350 % + 250 €	350 % + 300 €	350 % + 400 €
Enfant		350 % + 200 €	350 % + 250 €	350 % + 300 €	350 % + 370 €
Lentilles non prises en charge par le RO (y.c jetables)	-	-	200 € / an	200 € / an	300 € / an
Autres prestations optiques 100 % santé	60 %	Frais réels plafonnés au prix limite de vente	Frais réels plafonnés au prix limite de vente	Frais réels plafonnés au prix limite de vente	Frais réels plafonnés au prix limite de vente
Autres prestations optiques à tarifs libres	60 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Dentaire					
Plafond annuel de la garantie dentaire (8)		(6) 700 €	(7) 700 €	(7) 800 €	(8) 900 €
Soins et prothèses relevant du dispositif 100 % santé (8)	70 %	Frais réels plafonnés au prix limite de vente	Frais réels plafonnés au prix limite de vente	Frais réels plafonnés au prix limite de vente	Frais réels plafonnés au prix limite de vente
Soins pris en charge par le RO ne relevant pas du dispositif 100 % santé (y.c inlay onlay) (8)	70 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Prothèses ne relevant pas du dispositif 100 % santé (8)					
• Prothèses prises en charge par le RO (y.c inlay core et inlay onlay)	70 %	150 %	210 % + 150 € / an	250 % + 200 € / an	250 % + 300 € / an
Orthodontie prise en charge par le RO	70 % à 100 %	150 %	240 %	280 %	280 %
Dentaire non PEC RO (actes présents dans la CCAM ou la NGAP) y compris implantologie	-	150 € / an	150 € / an	200 € / an	350 € / an
Aides auditives (9)					
Équipements 100 % santé (10)	60 %	Frais réels plafonnés au prix limite de vente	Frais réels plafonnés au prix limite de vente	Frais réels plafonnés au prix limite de vente	Frais réels plafonnés au prix limite de vente
Équipements à tarifs libres (10)	60 %	100 %	60 % + 400 €	60 % + 400 €	60 % + 600 €
Cures thermales					
Soins et forfait thermal pris en charge par le RO	65 % à 70 %	100 %	150 %	200 %	200 %
Transport et hébergement pris en charge par le RO	65 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Prévention					
• Prévention des caries pour les enfants	70 %	100 %	100 %	100 %	100 %
• Détartrage annuel dentaire	70 %				
• Ostéodensitométrie	70 %				
• Dépistage des troubles du langage pour les enfants	70 %				
• Dépistage de l'hépatite B	70 %				
• Dépistage auditif	70 %				
• Vaccin contre la grippe hors population à risque	0 %				
• Vaccins obligatoires et recommandés	70 %				
• Autres actions de prévention prises en charge par le RO	70 %				
Bien-être (11)					
Médecines douces (12)					
• Ostéopathe	-	1 x 30 € / an	2 x 30 € / an	2 x 30 € / an	2 x 40 € / an
• Chiropracteur	-				
• Acupuncteur	-				
• Étio-pathe	-				
Assistance et services					
Services de télé-médecines Medaviz					
				Oui	Oui