

Objet : Mutuelle Fondation Ildys

Madame, Monsieur,

Dans le cadre de la réglementation en vigueur, et notamment de l'Accord National Interprofessionnel (ANI) du 11 janvier 2013, repris par la loi du 14 juin 2013 relative à la sécurisation de l'emploi, l'adhésion à la mutuelle d'entreprise est obligatoire pour les salariés, sauf situations particulières permettant une dispense prévue par la loi. La Fondation ILDYS a confié la gestion de la mutuelle d'entreprise au Groupe Verlingue.

La demande d'adhésion à la mutuelle de la Fondation se fait auprès du service RH qui procède au préalable à une pré affiliation en ligne pour les nouveaux salariés.

A ce titre, vous recevrez de la mutuelle « GENERATION » un mail afin de valider et finaliser votre affiliation en ligne.

Par ailleurs, vous trouverez ci-joint :

- La grille tarifaire 2026,
- Les garanties Santé 2026.

Quelques remarques importantes sur le contrat collectif Frais de Santé :

- Le contrat revêt un caractère obligatoire pour l'ensemble des salariés en CDI **sur le régime de base en ISOLE**.
Nous vous rappelons que **la cotisation est répartie 50% Employeur 50% Salarié sur le régime de base.**
- L'adhésion est facultative pour les ayants droit.
Nous vous rappelons que **la cotisation des ayants droit est à la charge exclusive du salarié.**

Les salariés qui le souhaitent, peuvent souscrire **une option facultative (1 ou 2)**. Cette option sera **directement prélevée sur le compte bancaire du salarié par le Groupe VERLINGUE**.

Les salariés concernés par un des cas de dispense peuvent refuser leur affiliation au régime frais de santé **en complétant l'attestation de dispense accompagnée du justificatif annuel demandé.**

Le service des ressources humaines reste à votre disposition pour toute information complémentaire aux coordonnées suivantes :

Interlocuteurs Fondation Ildys :

Sites de Brest :

Ressources Humaines : 02.98.02.83.12

Sites de Landivisiau et Roscoff :

Ressources Humaines : 02.98.29.34.48 – 02.98.29.34.39

Le service des Ressources Humaines

TARIFS FRAIS DE SANTE 2026

COUT MUTUELLE TOTAL	REGIME DE BASE (obligatoire)	OPTION 1 (facultatif)	OPTION 2 (facultatif)
Salarié	44,06	59,67	80,90
Salarié + 1 enfant	80,10	109,34	132,57
Salarié + 2 enfants et plus	116,15	150,99	184,23
Couple	90,51	133,37	163,80
Couple + 1 enfant	125,76	175,42	214,67
Couple + 2 enfants et plus	161,00	211,46	265,53

Le tableau du coût total de la Mutuelle prend en considération :

- L'évolution du Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale 2026 à 4 005 €/mois
- Les frais de gestion de 0 € par prélèvement automatique
- La participation Employeur : 50% du régime de base de la cotisation isolée (22.03€+ 4 €) soit une participation totale de 26.03€

COUT MUTUELLE POUR LE SALARIE	REGIME DE BASE (obligatoire)	OPTION 1 (facultatif)	OPTION 2 (facultatif)
Salarié	15,03	30,64	51,87
Salarié + 1 enfant	51,07	80,31	103,54
Salarié + 2 enfants et plus	87,12	121,96	155,20
Couple	61,48	104,34	134,77
Couple + 1 enfant	96,73	146,39	185,64
Couple + 2 enfants et plus	131,97	182,43	236,50

Les cotisations des ayant-droits et des options facultatives sont prélevées directement sur le compte bancaire de l'assuré par la mutuelle .

(exemple : cotisation salarié + 1 enfant option 1	80,31 €
dont prélevée sur le bulletin de paie	15,04 €
soit prélevé sur le compte bancaire	65,27 €

Ce prélèvement s'effectuera le 5 du mois

L'essentiel de vos garanties

Frais de santé 2026

FONDATION ILDYS



Ensemble du personnel


VERLINGUE

 Génération

 MNH

Vos garanties Frais de santé au 1er janvier 2026



| Durée de votre adhésion

Vos garanties :

- Entrent en vigueur à la date d'effet du contrat souscrit par votre entreprise, ou à la date de votre embauche, sans franchise ni délai d'attente
- Cessent à la rupture ou pendant une période de suspension de votre contrat de travail, en cas de non-paiement de cotisations ou à la date de résiliation du contrat souscrit par votre entreprise

Cependant, la couverture Frais de santé peut être maintenue après rupture ou suspension du contrat de travail dans les conditions prévues par l'assureur et/ou la réglementation.



| Bénéficiaires de votre contrat Frais de santé

En tant que salarié, vous bénéficiez du régime à titre obligatoire.

Sont également considérés comme bénéficiaires :

- Le Conjoint et assimilés : le conjoint civilement marié non séparé de corps judiciairement à la date de l'événement donnant lieu à prestation; ou le concubin sous réserve que le concubin et le salarié soient tous les deux libres de tout engagement, que le concubinage ait été établi de façon notoire et que le domicile fiscal des deux concubins soit le même ; ou le partenaire lié par un PACS conformément à l'article 515-1 du Code civil.

- Les enfants à charge, c'est-à-dire les enfants rattachés fiscalement au foyer du salarié, légitimes, naturels, reconnus, adoptés ou recueillis dont le Membre participant pourvoit aux besoins et assure l'entretien de manière effective et permanente, et sous réserve d'apporter annuellement tout justificatif de leur situation et qu'ils soient au 1er janvier de l'année en cours :

Âgés de moins de 21 ans ;

Âgés de moins de 26 ans ;

S'ils poursuivent leurs études ;

Ou sont en apprentissage ;

Ou bénéficient d'un contrat de professionnalisation et que leurs ressources n'excèdent pas 80 % du SMIC ;

Ou s'ils sont sans emploi.

Les enfants nés ou à naître dans les 300 jours suivant le décès du salarié (parent légitime).

Les enfants sont considérés « à charge », quel que soit leur âge, s'ils sont atteints d'une infirmité les mettant dans l'impossibilité d'exercer une activité et de percevoir un salaire imposable, et titulaires de la carte d'invalidité prévue à l'article L. 241-3 du Code de l'action sociale et des familles.





| Comment changer de niveau de garanties ?

Vous êtes obligatoirement affilié au régime de base.

Lors de l'affiliation, vous pouvez opter pour un renfort de garanties facultatif (qui s'appliquera également à vos éventuels bénéficiaires), moyennant le paiement d'une cotisation supplémentaire.

L'adhésion aux options peut se faire :

- Lors de votre embauche
- Au 1er janvier de chaque année, sous réserve d'en faire la demande avant le 31 octobre

Modification / radiation à l'option

Vous pouvez modifier le niveau d'option en choisissant une option de niveau supérieur lorsque l'adhésion à l'option a atteint une durée de 12 mois ou de niveau inférieur lorsque l'adhésion a atteint une durée de 24 mois.

La demande de changement de niveau d'option doit être adressée au plus tard le 31 octobre pour une prise d'effet au 1er janvier de l'année qui suit la demande.

En cas de naissance, de divorce, de séparation, de veuvage, de décès d'un Ayant droit, de retraite, ou lorsque le dernier enfant du salarié perd son statut d'enfant à charge, vous pouvez modifier le niveau de votre option au premier jour du mois suivant l'évènement à condition qu'il en fasse la demande dans les trois mois qui suivent le changement de situation.

Les garanties sont acquises sans délai d'attente et cessent en cas de rupture ou de suspension du contrat de travail, en cas de non-paiement des cotisations, ou en cas de résiliation du contrat.

Votre tableau de garanties

Les prestations garanties par votre régime de base incluent celles versées par la Sécurité sociale, dans la limite des frais réels. Les prestations des options incluent celles versées par la Sécurité sociale et celles du régime de base, dans la limite des frais réels.

GARANTIES	Régime de base	Option 1	Option 2
Hospitalisation - y compris maternité			
Médecin - adhérent DPTAM	125 % BR	150 % BR	200 % BR
Médecin - non adhérent DPTAM	105 % BR	105 % BR	130 % BR
Frais de séjour conventionné	125 % BR	150 % BR	150 % BR
Frais de séjour non conventionné	125 % BR	150 % BR	150 % BR
Chambre particulière	50 € par jour	70 € par jour	90 € par jour
Lit D'accompagnant (enfant -16 ans)	-	25 € par jour	25 € par jour
Forfait journalier hospitalier	Pris en charge	Pris en charge	Pris en charge
Forfait Patient Urgence (FPU)	Pris en charge	Pris en charge	Pris en charge
Participation forfaitaire pour les "actes lourds"	Pris en charge	Pris en charge	Pris en charge
Frais de transport	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Soins Courants - y compris maternité			
Généraliste - adhérent DPTAM	100 % BR	120 % BR	175 % BR
Généraliste - non adhérent DPTAM	100 % BR	100 % BR	155 % BR
Spécialiste - adhérent DPTAM	125 % BR	150 % BR	175 % BR
Spécialiste - non adhérent DPTAM	105 % BR	130 % BR	155 % BR
Actes de spécialités - adhérent DPTAM	100 % BR	120 % BR	175 % BR
Actes de spécialités - non adhérent DPTAM	100 % BR	100 % BR	155 % BR
Radiologie - adhérent DPTAM	100 % BR	120 % BR	175 % BR
Radiologie - non adhérent DPTAM	100 % BR	100 % BR	155 % BR
Auxiliaires médicaux (infirmiers, kinésithérapeutes,...)	100 % BR	120 % BR	175 % BR
Analyses et examens de laboratoire	100 % BR	120 % BR	175 % BR
Petit appareillage y compris autres prothèses	100 % BR	100 % BR +305 €	150 % BR + 305 €
Grand appareillage	100 % BR	200 % BR	250 % BR
Pharmacie prescrite remboursée par le RO	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Vaccins pris en charge par le RO	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Ostéopathie, chiropractie, acupuncture et micro kinésithérapie, psychologue, pédicurie-podologue [3]	-	30 € 4 séances max	50 € 4 séances max

GARANTIES	Régime de base	Option 1	Option 2
Consultations psychologiques : dispositif « MonPsy »	100% TM dans la limite du nombre de séances prévues par la réglementation en vigueur	100% TM dans la limite du nombre de séances prévues par la réglementation en vigueur	100% TM dans la limite du nombre de séances prévues par la réglementation en vigueur
Vaccins non pris en charge par le RO (sur prescription et facture) [3]	100 % FR Vaccin anti grippal	100 % FR Vaccin anti grippal	220 €
Consultation en diététique d'un enfant de moins de 12 ans, refusée par le RO	-	-	45 €
Aides auditives - Un équipement par oreille, tous les 4 ans (à compter de la date d'achat)			
Equipe ment 100 % Santé [1]	Remboursement intégral	Remboursement intégral	Remboursement intégral
Equipe ment hors 100 % Santé : Bénéficiaire 20 ans et +	100 % BR	200 % BR	250 % BR
Equipe ment hors 100 % Santé : Bénéficiaire - 20 ans ou atteint de cécité	100 % BR	200 % BR	250 % BR
Accessoires pris en charge par le RO	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Optique - Un équipement tous les 2 ans pour les adultes (à compter de la date d'achat), par période de un an pour les moins de 16 ans et par période de 6 mois pour les moins de 6 ans			
Equipements 100 % Santé [1]	Remboursement intégral	Remboursement intégral	Remboursement intégral
Adulte : Monture	60 % BR + 80 €	100 €	100 €
Enfant : Monture	60 % BR + 70 €	100 €	100 €
Verre simple	60 % BR + 80 €	cf. Grille Optique	cf. Grille Optique
Verre complexe	60 % BR + 100 €	cf. Grille Optique	cf. Grille Optique
Verre très complexe	60 % BR + 110 €	cf. Grille Optique	cf. Grille Optique
Prestation d'adaptation (par équipement)	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Lentilles acceptées ou non par le RO [3]	60 % BR + 60 €	160 €	200 €
Chirurgie de l'œil [3]	-	250 €	300 €
Dentaire			
Soins et prothèses 100 % Santé [1]	Remboursement intégral	Remboursement intégral	Remboursement intégral
Soins et actes d'imagerie médicale	100 % BR	100 % BR	125 % BR
Parodontologie prise en charge par le RO	100 % BR	100 % BR	125 % BR
Inlays / Onlays	150 % BR	175 % BR	200 % BR
Prothèses [2] : sur incisives, canines, prémolaires	200 % BR	325 % BR	375 % BR
Prothèses [2] : sur molaires	200 % BR	300 % BR	375 % BR
Prothèses [2] : Inlay Core	150 % BR	175 % BR	200 % BR
Prothèses mobiles prise en charge par le RO	125 % BR	175 % BR	375 % BR
Prothèses fixes non prises en charge par le RO [3]	-	770 €	770 €
Orthodontie prise en charge par le RO	150 % BR	300 % BR	375 % BR
Orthodontie non prise en charge par le RO	-	200 % BRR	200 % BRR

GARANTIES	Régime de base	Option 1	Option 2
Implantologie prise en charge par le RO (pose et pilier implantaire)	200 % BR	350 % BR	375 % BR
Implantologie non prise en charge par le RO [3]	-	400 €	600 €
Autres dépenses			
Forfait naissance ou adoption (doublé en cas de naissance multiple)	-	150 €	200 €
Chambre particulière maternité	-	70 € par jour	90 € par jour
Cures thermales remboursées par le RO (y compris hospitalisation) :	70 % BR	100 % BR	100 % BR
+ Frais supplémentaires hébergement et transport [3]	-	300 €	500 €
Allocations obsèques (assuré, conjoint, concubin, enfant) dans la limite des frais réels	-	1000 €	1000 €
Prévention			
Actes de prévention pris en charge, dans les limites des garanties concernées avec au minimum le ticket modérateur			

[1] Tels que définis réglementairement et visés à l'article R. 871-2 du code de la Sécurité sociale

[2] Les actes relatifs aux inlays-core, inlay, onlays et aux prothèses dentaires remboursés par le RO et faisant partie du Panier des Prothèses à tarifs limités sont pris en charge à hauteur de la garantie contractuelle correspondant au poste envisagé limité à l'Honoraire Limite de Facturation (HLF*) sous déduction des prestations du RO.

Prothèses à tarifs limités : cette garantie comprend la prise en charge des frais de soins dentaires prothétiques autre que les « Soins et prothèses 100 % Santé » dont les honoraires de facturation sont limités et fixés par la convention tels que prévue à l'article L. 162-9 du code de la Sécurité Sociale (Prix Limite de Vente : PLV) ou, en l'absence de convention applicable, par le règlement arbitral prévu à l'article L. 162-14-2 du code de la Sécurité sociale et sous déduction du Montant Remboursé par la Sécurité sociale (MR).

[3] Par an et par bénéficiaire



I LEXIQUE

DPTAM : DISPOSITIF PRATIQUE TARIFAIRE MAÎTRISÉE

Dispositif ayant pour objet la maîtrise des dépassements d'honoraires des professionnels de santé conventionnés de secteur 2.

FR : FRAIS RÉELS

Les frais réels correspondent aux montants facturés (honoraires...).

BRR : BASE DE REMBOURSEMENT RECONSTITUÉE

Base reconstituée à l'identique de celle du secteur conventionné, pour le secteur non conventionné.

RO : RÉGIME OBLIGATOIRE

Régime d'assurance maladie (géré par la Sécurité sociale).

BR : BASE DE REMBOURSEMENT

Tarif dont tient compte la Sécurité sociale pour établir ses remboursements en secteur conventionné.



Services Génération : la gestion de votre complémentaire santé



Accueil téléphonique 24h/24 et 7j/7

02 98 51 38 00 (tarif local)

Gwen, assistante virtuelle qui vous accompagne dans vos démarches sans délai d'attente

Une équipe de conseillers experts pour toute demande spécifique du lundi au vendredi de 8h30 à 18h30

Web et Mobile



De nombreuses solutions en ligne pour gérer votre contrat en toute indépendance sur le site www.generation.fr ou sur l'appli mobile Génération

Génération TV

www.youtube.com/c/GenerationTV



Optique et réseau de soins



Les principaux avantages de votre réseau de soins



Tarifs négociés

- Jusqu'à - 20 % sur les montures
- 15 % sur les solaires, produits lentilles...

Services préférentiels

- Offres négociées sur la 2^{ème} paire à la vue
- Garantie casse 2 ans sans franchise
- Rendez-vous sous 15 jours en centre d'ophtalmologie...

Vos **lunettes et lentilles**

SANS avance de frais

prises en charge

jusqu'à **100 %**



Verres : vos garanties

	RESEAU SANTECLAIR	HORS RESEAU Niveau de correction							
		Verre unifocal				Verre multifocal			
		Verre simple		Verres complexe				Verre très complexe	
Option 1 [1]	Prise en charge intégrale 0 € de reste à charge*	90 €	90 €	140 €	140 €	140 €	140 €	140 €	140 €
Option 2 [1]	Prise en charge intégrale 0 € de reste à charge*	130 €	130 €	190 €	190 €	190 €	190 €	190 €	190 €

Défaut visuel	Verre simple		Verres complexe				Verre très complexe	
Niveau	101	102	103	104	111	112	113	114
Sphère (S)	Entre -4 et +4	De -6 à -4,25 De -6 à 0,25 De +4,25 à +6 De 0 à +4	De 8 à 6,25 De -8 à 0 De 0 à +8	Hors zone De -8,25 à +8,25	Entre -4 et +4	De -8 à -4,25 De -8 à -0,25 De +4,25 à +8 De 0 à +5,75	De -8 à 0 De 0 à +8	Hors zone De -8,25 à +8,25
Cylindre (C)	De 0 à 2	De 0 à 2 De 2,25 à 4 De 0 à 2 et S+C ≤ 6 De 2,25 à 6 et S+C ≤ 6	De 0 à 4 ≥ 4,25 S+C > 6	Tout cylindre	De 0 à 2	De 0 à 2 De 2,25 à 4 De 0 à 2 et S+C ≤ 8 De 2,25 à 8 et S+C ≤ 8	≥ 4,25 S+C > 8	Tout cylindre

Liste des partenaires Santéclair sur l'application Génération ou depuis votre espace adhérent :

02 98 51 38 00

(appel non surtaxé)

www.generation.fr

Application mobile Génération

[1] - PREMIUM 2023 - Verres Classe B dans le réseau optique Santéclair : 0€ reste à charge sur tous les verres et traitements, dans le catalogue de tous les verres des 4 verriers de marque sélectionnés par Santéclair.

*Dans la limite des planchers prévus par la Loi de Sécurisation de l'Emploi (décret 2019-65 du 31 janvier 2019) et des plafonds prévus par le contrat responsable (décret 2019-21 du 11 janvier 2019), en fonction des corrections visuelles.

Les services associés



| Téléconsultation

Ce service donne la priorité à votre santé et à celle de votre famille 24h/24, 7j/7 en tout anonymat et en toute confidentialité.

Des médecins vous aident à faire le point sur votre situation et vous apportent des réponses adaptées. Ils peuvent également délivrer une ordonnance si nécessaire.

Important : la téléconsultation n'est pas un service d'urgence.

Accédez au service par téléphone : 09 74 99 02 52 en vous munissant de votre code d'activation (composé du n°adhérent présente sur la carte de TP suivi des 4 chiffres de l'année de naissance de l'assuré principal).



| Action sociale

Un fonds social peut vous apporter une aide en cas de situation humaine et financière difficile, aggravée par un événement déclencheur de détresse sociale (maladie, accident, handicap...).

Toute demande d'aide est étudiée par le comité de fonds qui statue et, si la demande d'aide est acceptée, organise la mise en œuvre de sa décision. Accédez au service par téléphone : 02 38 90 77 33



| Assistance

Le service d'assistance vous accompagne face à certains imprévus de la vie avec des aides pour faciliter votre quotidien (gar de d'enfants, aide à domicile, ...).

Contactez l'assistance afin d'échanger sur votre situation et de mettre en place une solution adaptée à vos besoins.



| Réseau de soins

Votre réseau de soins **Santéclair** vous permet de bénéficier de nombreux services :

- **Géolocalisation de plus de 150 000 professionnels de santé** partenaires (optique, dentaire, audition, médecins et paramédicaux, médecine douce et santé mentale)
- **Accès à des prestations de qualité à tarifs préférentiels** et tiers-payant performant

Et toujours plus de services :

Coaching sommeil : thérapie comportementale afin de retrouver le sommeil naturellement en 3 mois

Coaching nutrition : thérapie comportementale afin de redécouvrir le plaisir de manger sans frustration

Coaching sportif : améliorer sa forme physique et sa santé à l'aide de l'accompagnement d'un coach sportif

Automédication : accès à une liste de près de 1 800 médicaments sans ordonnance référencés et notés selon leur efficacité et leur tolérance + des conseils de professionnels pour une prise en toute sécurité + indication de leur prix moyen de vente en pharmacie

Classement hospitalier : mise à disposition du palmarès des meilleurs établissements, hôpitaux et cliniques par spécialité et localisation

Annuaire d'urgence : géolocalisation des services d'urgence à proximité du lieu souhaité

Analyse de symptômes et d'orientation : évaluation rapide de l'état de santé à partir d'un outil basé sur l'intelligence artificielle, pensé et validé par les médecins avec obtention des informations sur la conduite à tenir et le niveau d'urgence

Mise en relation avec une infirmière à domicile : prise de contact en moins d'une heure pour la réalisation de tous types de soins