

2023

## Pour nous contacter

**PAR TÉLÉPHONE, PARTOUT EN FRANCE :**

Du lundi au vendredi, de 9h00 à 17h00

**Tél. : 09 72 72 72 11**

**POUR VOS ENVOIS**

- DE JUSTIFICATIFS DE REMBOURSEMENT,
  - DE DEVIS ET DEMANDES DE PRISE EN CHARGE
- ET VOS QUESTIONS :**

Par courriel : **contact@mutuelle-epc.com**

ou sur votre **CEL (Compte En Ligne)** pour une réponse rapide

**ATTENTION**  
**NOUVELLE ADRESSE**  
**ADMINISTRATIVE**

Par courrier, au service administratif :

**TG ASSUR / MUTUELLE EPC**  
**28 Bis rue de Courcelles - 51100 REIMS**

Par Internet, consultez le site de votre Mutuelle :  
**www.mutuelle-epc.com**



Création graphique : www.ctoutcomme.fr - Crédits photos : iStock

*Une mutuelle solidaire depuis 1934*

*ouverte à tous et pour toute la vie*

**100 %  
SANTÉ**



*Une vraie  
complémentaire  
santé qui  
redistribue 90 %  
des cotisations !*

**ATTENTION**

**CHANGEMENT D'ADRESSE**

**ADMINISTRATIVE**

**www.mutuelle-epc.com**

**Mutuelle EPC**

**TG ASSUR / MUTUELLE EPC - 28 Bis rue de Courcelles - 51100 REIMS**

**Tél. : 09 72 72 72 11**

La **Mutuelle EPC** est une Mutuelle Responsable qui assure le remboursement de prestations en complément du régime général de l'Assurance Maladie.

**Ne sont pas remboursées\* :**

**la franchise médicale**

(pharmacie, actes paramédicaux, transports sanitaires)

**la participation forfaitaire**

(consultations, examens radiologiques, analyses)

**la majoration du ticket modérateur et la franchise sur les dépassements** dans le cas du «hors parcours de soins coordonnés».

**Noir / Blanc :**

contrat de base  
à partir de **23,60 €**  
avec le **100 % Santé**

**Plus  
Couleur :**

contrat +  
à partir de **39,10 €**  
avec le **100 % Santé**

2 types  
de contrats

\*Un délai de carence de 3 mois est opposable aux membres participants et à leurs ayants droit ne pouvant pas fournir un certificat de radiation d'une complémentaire santé.

## Cotisations mensuelles 2023

**En fonction de leurs tranches d'âge, les cotisations sont les mêmes pour tous les adhérents.**

**Le 3<sup>ème</sup> enfant et les suivants sont exonérés du montant de leurs cotisations.**

**Les augmentations tarifaires liées aux changements de tranche d'âge sont appliquées au 1<sup>er</sup> janvier de l'année suivante.**

Tranches d'âge	Contrat de base Noir/Blanc	Contrat Plus Couleur
0 - 20 ans	23,60 €	39,10 €
21 - 29 ans	27,30 €	47,80 €
30 - 39 ans	34,40 €	55,10 €
40 - 44 ans	38,60 €	62,20 €
45 - 49 ans	44,90 €	70,10 €
50 - 54 ans	52,50 €	80,30 €
55 - 59 ans	61,20 €	89,50 €
60 - 64 ans	67,50 €	99,50 €
65 - 69 ans	72,70 €	106,60 €
70 - 74 ans	78,20 €	114,70 €
75 - 79 ans	87,40 €	124,70 €
80 - 84 ans	97,90 €	137,50 €
85 - 89 ans	100,00 €	141,50 €
90 ans et +	101,80 €	144,60 €

L'EPC est une Mutuelle Responsable<sup>(1)</sup> qui assure le versement des prestations décrites ci-après en complément du régime général de l'Assurance Maladie.

## Les garanties au 1<sup>er</sup> Janvier 2023 du contrat de base Noir / Blanc

### Régimes Obligatoires RO

### Remboursement Mutuelle Dans la limite des frais réels

Contrat de base  
Noir / Blanc

Remboursement  
total

Justificatifs à fournir  
à la Mutuelle

### ➤ Soins courants

Les pourcentages s'appliquent sur la Base de Remboursement (BR) de la Sécurité Sociale

#### HONORAIRES MÉDICAUX

<b>Consultation</b> (y compris téléconsultation prise en charge par la Sécurité Sociale) et visite Généraliste DPTAM <sup>(2)</sup>	70% ou 100%	50% ou 20%	<b>120%</b>	
<b>Consultation</b> (y compris téléconsultation prise en charge par la Sécurité Sociale) et visite Généraliste HORS DPTAM <sup>(2)</sup>	70% ou 100%	30% ou 0%	<b>100%</b>	
<b>Consultation et visite Spécialiste DPTAM</b> <sup>(2)</sup>	70% ou 100%	65% ou 35%	<b>135%</b>	
<b>Consultation et visite Spécialiste HORS DPTAM</b> <sup>(2)</sup>	70% ou 100%	45% ou 15%	<b>115%</b>	
<b>Actes de technique médicale et de petite chirurgie en Externe DPTAM</b> <sup>(2)</sup>	70% ou 100%	30% ou 0%	<b>100%</b>	
<b>Actes de technique médicale et de petite chirurgie en Externe HORS DPTAM</b> <sup>(2)</sup>	70% ou 100%	30% ou 0%	<b>100%</b>	
<b>Radiologie</b> (y compris Densitométrie remboursée par la Sécurité Sociale - DPTAM <sup>(2)</sup> )	70% ou 100%	30% ou 0%	<b>100%</b>	
<b>Radiologie</b> (y compris Densitométrie remboursée par la Sécurité Sociale - Hors DPTAM <sup>(2)</sup> )	70% ou 100%	30% ou 0%	<b>100%</b>	
<b>Densitométrie non remboursée par la Sécurité Sociale</b>	0%	30% FR + 15€	<b>30% FR + 15€</b>	Prescription + Facture <sup>(3)</sup>

#### MÉDICAMENTS

<b>Médicaments remboursés par la Sécurité Sociale</b>	65% / 30% / 15%	35% / 70% / 85%	<b>100%</b>	
<b>Médicaments non remboursés par la Sécurité Sociale</b>	0%	30% FR	<b>30% FR limité à 50€ / an</b>	Prescription + Facture <sup>(3)</sup>

#### ANALYSES ET EXAMENS DE LABORATOIRE

<b>Analyses et examens de laboratoire remboursés par la Sécurité Sociale (Y compris HPV (12))</b>	60% ou 100%	40% ou 0%	<b>100%</b>	
<b>Analyses et examens de laboratoire non remboursés par la Sécurité Sociale</b>	0%	30% FR	<b>30% FR limité à 50€ / an</b>	Prescription + Facture <sup>(3)</sup>

#### HONORAIRES PARAMÉDICAUX

<b>Soins infirmiers, Massages, Kinésithérapie, Orthophonie, Orthoptie</b>	60%	40%	<b>100%</b>	
<b>Indemnités de déplacement</b>	70%	30%	<b>100%</b>	
<b>Pédicurie et Podologie remboursées ou non par la Sécurité Sociale</b> <sup>(4)</sup>	60% / 100% / 0%	40% ou 0% + 20€/séance	<b>100% + 20 €/séance</b>	Facture <sup>(3)</sup> si non prise en charge SS

#### APPAREILLAGE DIVERS ET MATÉRIEL MÉDICAL

<b>Petits appareillages, accessoires, orthopédie remboursés par la Sécurité Sociale</b>	60%	40% + 50€ par acte	<b>100% + 50€ par acte</b>	Facture <sup>(3)</sup>
<b>Petits appareillages, accessoires, orthopédie non remboursés par la SS</b>	0%	50€ par acte	<b>50€ par acte</b>	Prescription + Facture <sup>(3)</sup>
<b>Prothèse (mammaire, postiche, oculaire)</b>	100%	150€	<b>100% + 150€ par acte</b>	Facture <sup>(3)</sup>

# Les garanties au 1<sup>er</sup> Janvier 2023 du contrat de base Noir / Blanc

Régimes  
Obligatoires  
RO

Remboursement Mutuelle  
Dans la limite des frais réels

Contrat de base  
Noir / Blanc

Remboursement  
total

Justificatifs à fournir  
à la Mutuelle

## > Hospitalisation

Les pourcentages s'appliquent sur la Base de Remboursement (BR) de la Sécurité Sociale

HONORAIRES					
Honoraires DPTAM <sup>(2)</sup>	80% ou 100%	20% ou 0%	100%	Facture acquittée accompagnée du bordereau	
Honoraires HORS DPTAM <sup>(2)</sup>	80% ou 100%	20% ou 0%	100%	détaillé délivré par l'établissement	
Frais de séjour	80% ou 100%	20% ou 0%	100%		
FORFAIT JOURNALIER HOSPITALIER					
Forfait hospitalier Médical, Chirurgical, Convalescence	Sans limite de durée	0%	Tarif en vigueur	Tarif en vigueur	
Forfait hospitalier Psychiatrie	Sans limite de durée	0%	Tarif en vigueur	Tarif en vigueur	
Participation forfaitaire pour acte lourd		0%	24€	24€	Franchise SS pour acte > à 120€/séjour, 1 fois par séjour
Chambre particulière Médicale, Chirurgicale (limitée à 90 jours par an)		0%	65€ / nuitée	65€ / nuitée	
Chambre particulière Psychiatrie / Convalescence (limitée à 60 jours par an)		0%	65€ / nuitée	65€ / nuitée	
Chambre en ambulatoire		0%	0%	0%	
Hébergement accompagnement enfant de moins de 16 ans		0%	31€ / nuitée	31€ / nuitée	Facture <sup>(3)</sup>
Péridurale - Amniocentèse		70%	30%	100%	
Forfait des dépenses liées à l'hospitalisation en Maternité		0%	145€	145€	Pour la maman adhérente, présentation des justificatifs de frais restants à charge
Cures Thermales soins – honoraires	65% ou 70%	35% ou 30%	100%	100%	Une cure par an
Frais inhérents à la cure thermique remboursée par la Sécurité Sociale	0%	150€ / an	150€ / an	150€ / an	Facture <sup>(3)</sup>
Transport (sauf cure)	65%	35%	100%	100%	

## > Optique

Selon la loi :

1 - Limitation à un équipement (monture + 2 verres) par période de 2 ans (date d'achat) à l'exception des cas pour lesquels un renouvellement anticipé est prévu réglementairement, notamment pour les enfants de moins de 16 ans ou en cas d'évolution de la vue

2 - Participation forfaitaire intégrant le remboursement du Régime Obligatoire et le Ticket Modérateur. **Monture limitée à 100 €** y compris les prestations d'appariage des verres de classe A et du supplément pour verres avec filtre.

ÉQUIPEMENT «100% SANTÉ»

PRISE EN CHARGE INTÉGRALE

Verres, monture tels que définis réglementairement <sup>(6)</sup>	60% ou 100%	100% FR - SS	100% FR	Prescription + Facture <sup>(3)</sup>
---	-------------	--------------	---------	---------------------------------------

ÉQUIPEMENT DANS LE PANIER B (TARIFS LIBRES SANS PLV) AVEC UNE PRISE EN CHARGE MAXIM UM DE 100 € POUR LA MONTURE

Verres uni focaux, montures (catégorie A) <sup>(7)</sup>	60% ou 100%	Limité à 250€	Limité à 250€	Prescription + Facture <sup>(3)</sup>
Verres mixtes, montures (catégories B et D) <sup>(7)</sup>	60% ou 100%	Limité à 325€	Limité à 325€	Prescription + Facture <sup>(3)</sup>
Verres progressifs, montures (catégories C, E et F) <sup>(7)</sup>	60% ou 100%	Limité à 400€	Limité à 400€	Prescription + Facture <sup>(3)</sup>

AUTRES PRESTATIONS

Lentilles de contact remboursées ou non par la Sécurité Sociale	0%, 60% ou 100%	Limité à 300€/an hors TM	Limité à 300€/an hors TM	Prescription + Facture <sup>(3)</sup>
Chirurgie de la myopie	0%	153€ / œil / an	153€ / œil / an	Facture <sup>(3)</sup>

## Les garanties au 1<sup>er</sup> Janvier 2023 du contrat de base Noir / Blanc

Régimes  
Obligatoires  
RO

Remboursement Mutuelle  
Dans la limite des frais réels

Contrat de base  
Noir / Blanc

Remboursement  
total

Justificatifs à fournir  
à la Mutuelle

### ► Aides auditives <sup>(8)</sup>

**Selon les règles de la réforme 100 % Santé :**  
Limitation à un équipement/oreille par période de 4 ans  
(date de facturation)

Les pourcentages s'appliquent sur la Base de Remboursement (BR) de la Sécurité Sociale

ÉQUIPEMENT DANS LE PANIER «100% SANTÉ»	LE REMBOURSEMENT	DES ÉQUIPEMENTS 100% SANTÉ EST INTÉGRAL DANS LA LIMITE DES PRIX LIMITES DE VENTE		
<b>Prothèse auditive</b>	60%	100% FR - SS	<b>100% FR</b>	
ÉQUIPEMENT DANS LE PANIER «TARIFS LIBRES»				
<b>Prothèse auditive</b>	60%	500€ / prothèse	<b>60% + 500€ / prothèse limité à 1700€ par prothèse</b>	
AUTRES PRESTATIONS				
<b>Réparation, entretien et piles pour prothèses auditives <sup>(9)</sup></b>	60%	40%+30% FR limité à 90€/an	<b>100% + 30% FR limité à 90€ / an</b>	Prescription + Facture <sup>(3)</sup>

### ► Dentaire

SOINS ET PROTHESES «100% SANTÉ» <sup>(6)</sup>	PRISE EN CHARGE INTÉGRALE			
<b>Prothèses dentaires remboursées par la Sécurité Sociale</b>	70% ou 100%	100% FR - SS	<b>100% FR</b>	
<b>Inlays-core remboursés par la Sécurité Sociale</b>	70% ou 100%	100% FR - SS	<b>100% FR</b>	
SOINS DENTAIRES PROTHÉTIQUES DANS L'UN DES PANIERS «TARIFS MAÎTRISÉS» OU «TARIFS LIBRES»				
<b>Prothèses dentaires remboursées par la Sécurité Sociale <sup>(6 bis)</sup></b>	70% ou 100%	210% ou 180% limité à 2250€/an hors TM	<b>280% limité à 2250€/an hors TM</b>	
<b>Inlays-core remboursés par la Sécurité Sociale <sup>(6 bis)</sup></b>	70% ou 100%	130% ou 100% limité à 2250€/an hors TM	<b>200% limité à 2250€/an hors TM</b>	
AUTRES PRESTATIONS				
<b>Soins dentaires</b>	70%	30%	<b>100%</b>	
<b>Parodontie remboursée par la Sécurité Sociale</b>	70% ou 100%	230% ou 200% limité à 2250€/an hors TM	<b>300% limité à 2250€/an hors TM</b>	
<b>Prothèses dentaires, Inlays-onlays, Inlays-core et Parodontie non remboursés par la Sécurité Sociale</b>	0%	40% FR limité à 500€/an	<b>40% FR limité à 500€/an</b>	Facture avec nature des actes <sup>(3)</sup>
<b>Implantologie</b>	0%	40% FR limité à 500€/an implant et 2 implants/an	<b>40% FR limité à 500€/an implant et 2 implants/an</b>	Facture avec nature des actes <sup>(3)</sup>
<b>Orthodontie remboursée par la Sécurité Sociale</b>	100%	100%	<b>200%</b>	
<b>Orthodontie non remboursée par la Sécurité Sociale</b> (tarif convention reconstitué) limité à 4 semestres de traitement + 2 semestres pour la contention	0%	100%	<b>100%</b>	Facture avec nature et date des soins <sup>(3)</sup>

## Les garanties au 1<sup>er</sup> Janvier 2023 du contrat de base Noir / Blanc

### Régimes Obligatoires RO

### Remboursement Mutuelle Dans la limite des frais réels

#### Contrat de base Noir / Blanc

#### Remboursement total

### Justificatifs à fournir à la Mutuelle

## > Bien être et prévention

Les pourcentages s'appliquent sur la Base de Remboursement (BR) de la Sécurité Sociale

<b>Ostéopathie, Etiopathie, Chiropractie</b> <sup>(13)</sup>	0%	30€/séance	<b>30€/séance</b>	Facture <sup>(3)</sup> Limité à 4 séances/an/spécialité
<b>Acupuncture</b> <sup>(13)</sup> , <b>Homéopathie</b>	0%	20€/séance	<b>20€/séance</b>	Facture <sup>(3)</sup>
<b>Consultation Psychologue</b> <sup>(10)</sup>	60%	40%	<b>100%</b>	Limité à 8 séances/an
<b>Vaccins remboursés par la Sécurité Sociale</b>	70%	30%	<b>100%</b>	
<b>Vaccins non remboursés par la Sécurité Sociale</b>	0%	FR (limité à 50 €/an )	<b>FR (limité à 50 €/an )</b>	Prescription + Facture <sup>(3)</sup>
<b>Sevrage tabagique</b> <sup>(11)</sup>	65%	Forfait 80 €/an	<b>65% + Forfait 80 €/an</b>	Prescription + Facture <sup>(3)</sup>
<b>Aliments sans gluten</b>	60% ou 100%	100%	<b>160% ou 200%</b>	Prescription + Facture <sup>(3)</sup>

## Lexique

(1) Sauf indication contraire, les pourcentages s'appliquent sur la base de remboursement de la Sécurité Sociale.

(2) DPTAM : Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée

OPTAM et OPTAM-CO désignent les options des contrats passés entre les professionnels de santé et l'Assurance Maladie

(3) Fournir les factures originales acquittées

(4) Y compris bilan postural

(5) Y compris les prestations d'appariage des verres de classe A et du supplément pour verres avec filtre.

(6) Le panier 100% santé permet d'accéder à des offres sans reste à charge pour certaines prestations au niveau des postes dentaire, optique et audiologie. La Mutuelle rembourse les frais engagés dans la limite du Prix limite de vente (P.L.V.) ou des honoraires limites de facturation (HLF) sous déduction du Remboursement du Régime Obligatoire.

(6 bis) S'effectue dans la limite des HLF pour tarifs maîtrisés, mais pas de HLF pour tarifs libres.

(7) Voir fiche jointe pour optique (page 23)

(8) Pour l'ensemble des aides auditives («classe 1» et «classe 2») : limitation à un équipement/par oreille par période de 4 ans (date de facturation). Sont pris en compte dans cette période les aides auditives facturées depuis le 01/01/2019.

(9) Remboursement SS des piles sans mercure : le nombre de paquets pris en charge par an dépend du modèle de piles (10 : 10 par an, 312 : 7 par an, 13 : 5 par an, 675 : 3 par an) ; tarif unitaire 1,50 €/par appareil

(10) Consultation de psychologue : prise en charge de 8 séances maximum par an, à raison de 40% de la base de remboursement de la SS, suite à une orientation par le médecin traitant vers un psychologue inscrit au répertoire du dispositif gouvernemental.

(11) Pour les traitements de substitution nicotinique

(12) Test HPV (dépistage du cancer du col de l'utérus)

(13) Ces professions étant réglementées, les praticiens et spécialistes doivent être inscrits aux répertoires ADELI ou RTPS pour donner lieu à remboursement RC

RO = Régime obligatoire

RC = Régime complémentaire

SS = Sécurité Sociale

FR = Frais réels

TM = Ticket Modérateur : quote-part que la Sécurité Sociale laisse à la charge par rapport à la base de remboursement de la Sécurité Sociale.

Hors TM = Au delà du ticket modérateur

Les dépassements d'honoraires doivent être notifiés sur le décompte SS

L'EPC est une Mutuelle Responsable<sup>(1)</sup> qui assure le versement des prestations décrites ci-après en complément du régime général de l'Assurance Maladie.

## Les garanties au 1<sup>er</sup> Janvier 2023 du contrat Plus Couleur

Régimes  
Obligatoires  
RO

Remboursement Mutuelle  
Dans la limite des frais réels

Contrat Plus  
Couleur

Remboursement  
total

Justificatifs à fournir  
à la Mutuelle

### ➤ Soins courants

Les pourcentages s'appliquent sur la Base de Remboursement (BR) de la Sécurité Sociale

#### HONORAIRES MÉDICAUX

Consultation (y compris téléconsultation prise en charge par la Sécurité Sociale) et visite Généraliste DPTAM <sup>(2)</sup>

70% ou 100%

80% ou 50%

150%

Consultation (y compris téléconsultation prise en charge par la Sécurité Sociale) et visite Généraliste HORS DPTAM <sup>(2)</sup>

70% ou 100%

60% ou 30%

130%

Consultation et visite Spécialiste DPTAM <sup>(2)</sup>

70% ou 100%

130% ou 100%

200%

Consultation et visite Spécialiste HORS DPTAM <sup>(2)</sup>

70% ou 100%

110% ou 80%

180%

Actes de technique médicale et de petite chirurgie en Externe DPTAM <sup>(2)</sup>

70% ou 100%

60% ou 30%

130%

Actes de technique médicale et de petite chirurgie en Externe HORS DPTAM <sup>(2)</sup>

70% ou 100%

40% ou 10%

110%

Radiologie (y compris Densitométrie remboursée par la Sécurité Sociale - DPTAM <sup>(2)</sup>)

70% ou 100%

30% ou 0%

100%

Radiologie (y compris Densitométrie remboursée par la Sécurité Sociale - Hors DPTAM <sup>(2)</sup>)

70% ou 100%

30% ou 0%

100%

Densitométrie non remboursée par la Sécurité Sociale

0%

30% FR + 15€

30% FR + 15€

Prescription + Facture <sup>(3)</sup>

#### MÉDICAMENTS

Médicaments remboursés par la Sécurité Sociale

65% / 30% / 15%

35% / 70% / 85%

100%

Médicaments non remboursés par la Sécurité Sociale

0%

30% FR

30% FR limité à 80€ / an

Prescription + Facture <sup>(3)</sup>

#### ANALYSES ET EXAMENS DE LABORATOIRE

Analyses et examens de laboratoire remboursés par la Sécurité Sociale (Y compris HPV (12))

60% ou 100%

40% ou 0%

100%

Analyses et examens de laboratoire non remboursés par la Sécurité Sociale

0%

30% FR

30% FR limité à 80€ / an

Prescription + Facture <sup>(3)</sup>

#### HONORAIRES PARAMÉDICAUX

Soins infirmiers, Massages, Kinésithérapie, Orthophonie, Orthoptie

60%

40%

100%

Indemnités de déplacement

70%

30%

100%

Pédicurie et Podologie remboursées ou non par la Sécurité Sociale <sup>(4)</sup>

60% / 100% / 0%

40% ou 0% + 20€/séance

100% + 20 €/séance

Facture <sup>(3)</sup> si non prise en charge SS

#### APPAREILLAGE DIVERS ET MATERIEL MEDICAL

Petits appareillages, accessoires, orthopédie remboursés par la Sécurité Sociale

60%

40% + 80€ par acte + 200€/an

100% + 80€ par acte + 200€/an

Facture <sup>(3)</sup>

Petits appareillages, accessoires, orthopédie non remboursés par la SS

0%

80€ par acte + 200€/an

80€ par acte + 200€/an

Prescription + Facture <sup>(3)</sup>

Prothèse (mammaire, postiche, oculaire)

100%

230€ + 200€/an

100% + 230€ par acte + 200€/an

Facture <sup>(3)</sup>

## Les garanties au 1<sup>er</sup> Janvier 2023 du contrat Plus Couleur

Régimes  
Obligatoires  
RO

Remboursement Mutuelle  
Dans la limite des frais réels

Contrat Plus  
Couleur

Remboursement  
total

Justificatifs à fournir  
à la Mutuelle

### > Hospitalisation

Les pourcentages s'appliquent sur la Base de Remboursement (BR) de la Sécurité Sociale

HONORAIRES				
Honoraires DPTAM <sup>(2)</sup>	80% ou 100%	80% ou 60%	160%	Facture acquittée accompagnée du bordereau détaillé délivré par l'établissement
Honoraires HORS DPTAM <sup>(2)</sup>	80% ou 100%	60% ou 40%	140%	
Frais de séjour	80% ou 100%	20% ou 0%	100%	
FORFAIT JOURNALIER HOSPITALIER				
Forfait hospitalier Médical, Chirurgical, Convalescence	Sans limite de durée	0%	Tarif en vigueur	Tarif en vigueur
Forfait hospitalier Psychiatrie	Sans limite de durée	0%	Tarif en vigueur	Tarif en vigueur
Participation forfaitaire pour acte lourd		0%	24€	24€
Chambre particulière Médicale, Chirurgical (limitée à 90 jours par an)		0%	65€ / nuitée	65€ / nuitée
Chambre particulière Psychiatrie / Convalescence (limitée à 60 jours par an)		0%	65€ / nuitée	65€ / nuitée
Chambre en ambulatoire		0%	20€	20€
Hébergement accompagnement enfant de moins de 16 ans		0%	31€ / nuitée	31€ / nuitée
Péridurale - Amniocentèse		70%	30%	100%
Forfait des dépenses liées à l'hospitalisation en Maternité		0%	145€	145€
Cures Thermales soins – honoraires	65% ou 70%	35% ou 30%	100%	100%
Frais inhérents à la cure thermale remboursée par la Sécurité Sociale	0%	150€ / an	150€ / an	150€ / an
Transport (sauf cure)	65%	35%	100%	100%

#### Selon la loi :

1 - Limitation à un équipement (monture + 2 verres) par période de 2 ans (date d'achat) à l'exception des cas pour lesquels un renouvellement anticipé est prévu réglementairement, notamment pour les enfants de moins de 16 ans ou en cas d'évolution de la vue

2 - Participation forfaitaire intégrant le remboursement du Régime Obligatoire et le Ticket Modérateur. Monture limitée à 100 € y compris les prestations d'appairage des verres de classe A et du supplément pour verres avec filtre.

### > Optique

ÉQUIPEMENT «100% SANTÉ»

PRISE EN CHARGE INTÉGRALE

Verres, monture tels que définis réglementairement <sup>(6)</sup>	60% ou 100%	100% FR - SS	100% FR	Prescription + Facture <sup>(3)</sup>
---	-------------	--------------	---------	---------------------------------------

ÉQUIPEMENT DANS LE PANIER B (TARIFS LIBRES SANS PLV) AVEC UNE PRISE EN CHARGE MAXIMALE DE 100 € POUR LA MONTURE

Verres uni focaux, montures (catégorie A) <sup>(7)</sup>	60% ou 100%	Limité à 400€	Limité à 400€	Prescription + Facture <sup>(3)</sup>
Verres mixtes, montures (catégories B et D) <sup>(7)</sup>	60% ou 100%	Limité à 475€ / an	Limité à 475€	Prescription + Facture <sup>(3)</sup>
Verres progressifs, montures (catégories C, E et F) <sup>(7)</sup>	60% ou 100%	Limité à 550€	Limité à 550€	Prescription + Facture <sup>(3)</sup>

AUTRES PRESTATIONS

Lentilles de contact remboursées ou non par la Sécurité Sociale	0%, 60% ou 100%	Limité à 450€/an hors TM	Limité à 450€/an hors TM	Prescription + Facture <sup>(3)</sup>
Chirurgie de la myopie	0%	153€/œil / an +150€/an	153€ / œil / an +150€/an	Facture <sup>(3)</sup>

## Les garanties au 1<sup>er</sup> Janvier 2023 du contrat Plus Couleur

Régimes  
Obligatoires  
RO

Remboursement Mutuelle  
Dans la limite des frais réels

Contrat Plus  
Couleur

Remboursement  
total

Justificatifs à fournir  
à la Mutuelle

**Selon les règles de la réforme 100 % Santé :**  
Limitation à un équipement/oreille par période de 4 ans  
(date de facturation)

Les pourcentages s'appliquent sur la Base de Remboursement (BR) de la Sécurité Sociale

### ► Aides auditives <sup>(8)</sup>

ÉQUIPEMENT DANS LE PANIER «100% SANTÉ» LE REMBOURSEMENT DES ÉQUIPEMENTS 100% SANTÉ EST INTÉGRAL DANS LA LIMITE DES PRIX LIMITES DE VENTE

Prothèse auditive	60%	100% FR - SS	100% FR
-------------------	-----	--------------	---------

ÉQUIPEMENT DANS LE PANIER «TARIFS LIBRES»

Prothèse auditive	60%	650€ / prothèse + 150€	60% + 650€ / prothèse + 150€ limité à 1700€ par prothèse
-------------------	-----	------------------------	---

AUTRES PRESTATIONS

Réparation, entretien et piles pour prothèses auditives <sup>(9)</sup>	60%	40%+30% FR limité à 90€/an	100% + 30% FR limité à 90€ / an	Prescription + Facture <sup>(3)</sup>
--	-----	-------------------------------	------------------------------------	---------------------------------------

### ► Dentaire

SOINS ET PROTHESES «100% SANTÉ» <sup>(6)</sup> PRISE EN CHARGE INTÉGRALE

Prothèses dentaires remboursées par la Sécurité Sociale	70% ou 100%	100% FR - SS	100% FR
---	-------------	--------------	---------

Inlays-core remboursés par la Sécurité Sociale	70% ou 100%	100% FR - SS	100% FR
--	-------------	--------------	---------

SOINS DENTAIRES PROTHÉTIQUES DANS L'UN DES PANIERS «TARIFS MAÎTRISÉS» OU «TARIFS LIBRES»

Prothèses dentaires remboursées par la Sécurité Sociale <sup>(6 bis)</sup>	70% ou 100%	210% ou 180% + 150€/prothèse limité à 3000€/an hors TM	280% + 150€/prothèse limité à 3000€/an hors TM
--	-------------	--	--

Inlays-core remboursés par la Sécurité Sociale <sup>(6 bis)</sup>	70% ou 100%	130% ou 100% + 150€/prothèse limité à 3000€/an hors TM	200% + 150€/prothèse limité à 3000€/an hors TM
---	-------------	--	--

AUTRES PRESTATIONS

Soins dentaires	70%	30%	100%
-----------------	-----	-----	------

Parodontie remboursée par la Sécurité Sociale	70% ou 100%	230% ou 200% + 150€/par acte limité à 3000€/an hors TM	300%+ 150€/acte limité à 3000€/an hors TM
---	-------------	--	---

Prothèses dentaires, Inlays-onlays, Inlays-core et Parodontie non remboursés par la Sécurité Sociale	0%	50% FR + 200€/prothèse limité à 650€/an	50% FR + 200€/prothèse limité à 650€/an	Facture avec nature des actes <sup>(3)</sup>
--	----	---	---	--

Implantologie	0%	50% FR + 200€ limité à 650€/implant et 2 implants/an	50% FR + 200€ limité à 650€/implant et 2 implants/an	Facture avec nature des actes <sup>(3)</sup>
---------------	----	--	--	--

Orthodontie remboursée par la Sécurité Sociale	100%	100% + 200€/an hors TM	200% + 200€/an hors TM
--	------	------------------------	------------------------

Orthodontie non remboursée par la Sécurité Sociale (tarif convention reconstitué) limité à 4 semestres de traitement + 2 semestres pour la contention	0%	100% + 200€/an	100% + 200€/an	Facture avec nature et date des soins <sup>(3)</sup>
---	----	----------------	----------------	--

## Les garanties au 1<sup>er</sup> Janvier 2023 du contrat Plus Couleur

Régimes  
Obligatoires  
RO

Remboursement Mutuelle  
Dans la limite des frais réels

Contrat Plus  
Couleur

Remboursement  
total

Justificatifs à fournir  
à la Mutuelle

### ► Bien être et prévention

Les pourcentages s'appliquent sur la Base de Remboursement (BR) de la Sécurité Sociale

Ostéopathie, Etiopathie, Chiropractie <sup>(13)</sup>	0%	30€/séance	30€/séance	Facture <sup>(3)</sup> Limité à 6 séances/an/spécialité
Acupuncture <sup>(13)</sup> , Homéopathie	0%	20€/séance	20€/séance	Facture <sup>(3)</sup>
Consultation Psychologue <sup>(10)</sup>	60%	40%	100%	Limité à 8 séances/an
Vaccins remboursés par la Sécurité Sociale	70%	30%	100%	
Vaccins non remboursés par la Sécurité Sociale	0%	FR (limité à 50 €/an )	FR (limité à 50€/an )	Prescription + Facture <sup>(3)</sup>
Sevrage tabagique <sup>(11)</sup>	65%	Forfait 80€/an	65% + Forfait 80€/an	Prescription + Facture <sup>(3)</sup>
Aliments sans gluten	60% ou 100%	100%	160% ou 200%	Prescription + Facture <sup>(3)</sup>

## Lexique

(1) Sauf indication contraire, les pourcentages s'appliquent sur la base de remboursement de la Sécurité Sociale.

(2) DPTAM : Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée

OPTAM et OPTAM-CO désignent les options des contrats passés entre les professionnels de santé et l'Assurance Maladie

(3) Fournir les factures originales acquittées

(4) Y compris bilan postural

(5) Y compris les prestations d'appairage des verres de classe A et du supplément pour verres avec filtre.

(6) Le panier 100% santé permet d'accéder à des offres sans reste à charge pour certaines prestations au niveau des postes dentaire, optique et audiologie. La Mutuelle rembourse les frais engagés dans la limite du Prix limite de vente (P.L.V.) ou des honoraires limites de facturation (HLF) sous déduction du Remboursement du Régime Obligatoire.

(6 bis) S'effectue dans la limite des HLF pour tarifs maîtrisés, mais pas de HLF pour tarifs libres.

(7) Voir fiche jointe pour optique (page 23)

(8) Pour l'ensemble des aides auditives («classe 1» et «classe 2») : limitation à un équipement/par oreille par période de 4 ans (date de facturation). Sont pris en compte dans cette période les aides auditives facturées depuis le 01/01/2019.

(9) Remboursement SS des piles sans mercure : le nombre de paquets pris en charge par an dépend du modèle de piles (10 : 10 par an, 312 : 7 par an, 13 : 5 par an, 675 : 3 par an) ; tarif unitaire 1,50 €/par appareil

(10) Consultation de psychologue : prise en charge de 8 séances maximum par an, à raison de 40% de la base de remboursement de la SS, suite à une orientation par le médecin traitant vers un psychologue inscrit au répertoire du dispositif gouvernemental.

(11) Pour les traitements de substitution nicotinique

(12) Test HPV (dépistage du cancer du col de l'utérus)

(13) Ces professions étant réglementées, les praticiens et spécialistes doivent être inscrits aux répertoires ADELI ou RTPS pour donner lieu à remboursement RC

RO = Régime obligatoire

RC = Régime complémentaire

SS = Sécurité Sociale

FR = Frais réels

TM = Ticket Modérateur : quote-part que la Sécurité Sociale laisse à la charge par rapport à la base de remboursement de la Sécurité Sociale.

Hors TM = Au delà du ticket modérateur

Les dépassements d'honoraires doivent être notifiés sur le décompte SS

Exemples de remboursements (1)

				Couleur		N/B	
Contrat d'assurance santé responsable (2)	Tarif le plus souvent facturé ou tarif réglementé	Base de remboursement de la Sécurité Sociale (BR) (3)	Remboursement Assurance maladie obligatoire (AMO)	Remboursement Assurance maladie complémentaire Garantie Couleur	Reste à Charge	Remboursement Assurance maladie complémentaire (AMC) Garantie Noir/Blanc	Reste à Charge
Hospitalisation							
Forfait journalier hospitalier (hébergement)	20 € (15 € en service psychiatrie)	0 €	0 €	20 € (15 €)	0 €	20 € (15 €)	0 €
Chambre particulière	NC	Non Remboursé	Non Remboursé	65€/nuitée (limitée à 90jrs/an pour la médecine et chirurgie - 60 jrs/an pour la psychiatrie et convalescence).	Selon le tarif facturé	65€/nuitée (limitée à 90jrs/an pour la médecine et chirurgie - 60 jrs/an pour la psychiatrie et convalescence).	Selon le tarif facturé
Séjour avec actes lourds - L'hôpital public inclut la rémunération des praticiens dans les frais de séjour, alors que leurs honoraires sont facturés séparément dans le secteur privé							
Exemple d'une opération chirurgicale de la cataracte, en secteur privé							
Frais de séjour	Différent selon public / privé	BR	BR - 24 €	24 €	0 €	24 €	0 €
Frais de séjour en secteur privé	794,04 €	794,04 €	770,04 €	24 €	0 €	24 €	0 €
Honoraires des médecins adhérents OPTAM ou OPTAM-CO	Dépassement maîtrisés	BR	100 % BR	Dépassement si prévu au contrat	Selon contrat	Dépassement si prévu au contrat	Selon contrat
Opération en secteur privé : honoraire chirurgien	413 €	271,70 €	271,70 €	141,30 €	0 €	0 €	141,30 €
Honoraires des médecins secteur 2 (non adhérents OPTAM ou OPTAM-CO)	Honoraires libres	BR	100% BR	Dépassement si prévu au contrat (remboursement des dépassements plafonné à 100% BR)	Selon contrat	Dépassement si prévu au contrat (remboursement des dépassements plafonné à 100% BR)	Selon contrat
Opération en secteur privé : honoraires chirurgien	451 €	271,70 €	271,70 €	108,68 €	70,62 €	0 €	179,30 €
Séjour sans actes lourds - L'hôpital public inclut la rémunération des praticiens dans les frais de séjour, alors que leurs honoraires sont facturés séparément dans le secteur privé							
Exemple d'un suivi d'une pneumonie ou pleurésie pour un patient de plus de 17 ans, en hôpital public							
Frais de séjour	Différent selon public / privé	BR	80 % BR	20 % BR	0 €	20 % BR	0 €
Frais de séjour en secteur public	3 333,75 €	3 333,75 €	2 667,00 €	666,75 €	0 €	666,75 €	0 €
Soins courants							
Honoraires médecins secteur 1 (généralistes ou spécialistes)	Tarif de convention	BR	70 % BR - 1 €	30 % BR	1 € participation forfaitaire	30 % BR	1 € participation forfaitaire
Exemple : consultation médecin traitant généraliste pour un patient de plus de 18 ans	25,00 €	25,00 €	16,50 €	7,50 €	1 € participation forfaitaire	7,50 €	1 € participation forfaitaire
Ex. : consultation pédiatre pour enfant de 2 à 6 ans	32,00 €	32,00 €	22,40 €	9,60 €	0 €	9,60 €	0 €
Exemple : consultation médecin spécialiste pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie, obstétrique, ophtalmologie, dermatologie...)	30,00 €	30,00 €	20,00 €	9,00 €	1 € participation forfaitaire	9,00 €	1 € participation forfaitaire
Honoraires médecins adhérents OPTAM ou OPTAM-CO	Dépassements maîtrisés	BR	70 % BR - 1 €	30 % BR + dépassement si prévu au contrat	1 € participation forfaitaire + dépassement selon contrat	30 % BR + dépassement si prévu au contrat	1 € participation forfaitaire + dépassement selon contrat
Exemple : consultation pédiatre pour enfant de moins de 6 ans	32,00 €	32,00 €	22,40 €	9,60 €	0 €	9,60 €	0 €
Exemple : consultation médecin spécialiste pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie, obstétrique, ophtalmologie, dermatologie...)	44,00 €	30,00 €	20,00 €	23,00 €	1 € participation forfaitaire	19,50 €	5 €
Honoraires des médecins secteur 2 (non adhérents OPTAM ou OPTAM-CO)	Honoraires libres	BR	70 % BR - 1 €	30 % BR + dépassement si prévu au contrat (remboursement des dépassement plafonné à 100 % BR)	1 € participation forfaitaire + dépassement selon contrat	30 % BR + dépassement si prévu au contrat (remboursement des dépassement plafonné à 100 % BR)	1 € participation forfaitaire + dépassement selon contrat
Ex. : consultation pédiatre pour enfant de moins de 2 ans à 16 ans	55,00 €	23,00 €	16,10 €	25,30 €	13,60 €	10,35 €	28,55 €
Ex. : consultation médecin spécialiste pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie, obstétrique, ophtalmologie, dermatologie...)	58,00 €	23,00 €	15,10 €	25,30 €	17,60 €	10,35 €	32,55 €
Matériel médical	Tarif moyen facturé	BR	60 % BR	40 % BR + dépassement si prévu au contrat	Selon contrat	40 % BR + dépassement si prévu au contrat	selon contrat
Ex: achat d'une paire de béquilles	25,63 €	24,40 €	14,64 €	10,99 €	0 €	10,99 €	0 €

				Couleur		N/B	
Contrat d'assurance santé responsable <sup>(2)</sup>	Tarif le plus souvent facturé ou tarif réglementé	Base de remboursement de la Sécurité Sociale (BR) <sup>(3)</sup>	Remboursement Assurance maladie obligatoire (AMO)	Remboursement Assurance maladie complémentaire Garantie Couleur	Reste à Charge	Remboursement Assurance maladie complémentaire (AMC) Garantie Noir/Blanc	Reste à Charge
Dentaire							
Soins et prothèses 100 % Santé	Honoraire limite de facturation (HLF)	BR	70 % BR	30 % BR + dépassement dans la limite du plafond des honoraires	0 €	30 % BR + dépassement dans la limite du plafond des honoraires	0 €
Ex. : Pose d'une couronne céramo-métallique sur incisives, canines et premières prémolaires	500 €	120 €	84,00 €	416,00 €	0 €	416,00 €	0 €
Soins (hors 100 % santé)	Tarif de convention	BR	70 % BR	30 % BR + dépassement si prévu au contrat	Selon contrat	30 % BR + dépassement si prévu au contrat	Selon contrat
Ex. : détartrage	43,38 €	43,38 €	30,36 €	13,02 €	0 €	13,02 €	0 €
Prothèses (hors 100 % santé)	Prix moyen national	BR	70 % BR	30 % BR + dépassement si prévu au contrat	Selon contrat	30 % BR + dépassement si prévu au contrat	Selon contrat
Ex. : couronne céramo-métallique sur molaires	547,90 €	120,00 €	84,00 €	402,00 €	145,90 €	252,00 €	211,90 €
Orthodontie (moins de 16 ans)	Prix moyen national	BR	100 % BR	Dépassement si prévu au contrat	Selon contrat	Dépassement si prévu au contrat	Selon contrat
Ex. : traitement par semestre (6 semestres maximum)	720 €	193,50 €	193,50 €	395,50 €	133,00 €	193,50 €	333,00 €
Optique							
Équipement 100 % santé	Prix limite de vente (PLV)	BR	60 % BR	40 % BR + dépassement dans la limite des PLV <sup>(4)</sup>	0 €	40 % BR + dépassement dans la limite des PLV <sup>(4)</sup>	0 €
Exemple : verres simples et monture	41 € (par verre) + 30 € (monture)	12,75 € par verre + 9 €	7,65 € par verre + 5,40 €	33,35 € par verre + 24,60 €	0 €	33,35 € par verre + 24,60 €	0 €
Exemple : verres progressifs et monture	90 € (par verre) + 30 € (monture)	27 € par verre + 9 €	16,20 € par verre + 5,40 €	73,80 € par verre + 24,60 €	0 €	73,80 € par verre + 24,60 €	0 €
Équipement (hors 100 % santé)	Prix moyen national	BR	60 % BR	40 % BR + dépassement si prévu au contrat, dans la limite des plafonds réglementaires	Selon contrat	40 % BR + dépassement si prévu au contrat, dans la limite des plafonds réglementaires	Selon contrat
Exemple : verres simples et monture	100 € (par verre) + 139 € (monture)	0,05 € par verre + 0,05 €	0,03 € par verre + 0,03 €	99,97 € (par verre) + 99,97 € (monture)	39,00 €	149,94 € (2 verres) + 99,97 € (monture)	89,00 €
Exemple : verres progressifs et monture	231 € (par verre) + 139 € (monture)	0,05 € par verre + 0,05 €	0,03 € par verre + 0,03 €	449,94 € (2 verres) + 99,97 € (monture)	51,00 €	299,94 € (2 verres) + 99,97 € (monture)	201,00 €
Lentilles	Prix moyen national	Pas de prise en charge (dans le cas général)	Pas de prise en charge (dans le cas général)	Prise en charge si prévu au contrat	Selon contrat	Prise en charge si prévu au contrat	Selon contrat
Forfait annuel	NC	Non remboursé (dans le cas général)	Non remboursé (dans le cas général)	450 € / an	Selon le tarif facturé	300 € / an	Selon le tarif facturé
Chirurgie réfractive	Prix moyen national	Non remboursé	Non remboursé	Prise en charge si prévu au contrat	Selon contrat	Prise en charge si prévu au contrat	Selon contrat
Exemple : opération correctrice de la myopie	NC	Non remboursé	Non remboursé	153 € / œil / an + forfait de 150 € / an	Selon le tarif facturé	153 € / œil / an	Selon le tarif facturé
Aides auditives							
Équipement 100 % santé	Prix limite de vente (PLV)	BR	60 % BR	40 % BR + dépassement dans la limite des PLV	Selon contrat	40 % BR + dépassement dans la limite des PLV	Selon contrat
Par oreille pour un patient de plus de 20 ans	950 €	400 €	240 €	710 €	0 €	710 €	0 €
Équipement (hors 100 % santé)	Prix moyen national	BR	60 % BR	40 % BR + dépassement si prévu au contrat, dans la limite des plafonds réglementaires	Selon contrat	40 % BR + dépassement si prévu au contrat, dans la limite des plafonds réglementaires	Selon contrat
Par oreille pour un patient de plus de 20 ans	1 534 €	400 €	240 €	650 € / oreille + forfait de 150 € / an dans la limite de 1700 €	494 €	500 € / oreille	794 €

(1) : Les exemples de remboursements sont données pour un assuré sans taux de prise en charge particulière et respectant le parcours de soins coordonnés.

(2) : Les contrats sont dits «responsables» quand ils respectent des obligations fixées par la réglementation, notamment des minimums et maximums de remboursement ainsi que des interdictions de prise en charge. Pour aller plus loin, consulter le Glossaire de l'assurance complémentaire santé.

(3) : la BR est un tarif de «référence» fixé pour chaque acte, chaque produit, chaque dispositif médical. L'assurance maladie obligatoire ne rembourse dans la plupart des cas qu'un % de la BR, à un taux différent selon les actes, produits de santé, dispositifs médicaux, le complément étant apporté par l'assurance maladie complémentaire.

(4) : Prix Limite de Vente.

# Optique



## Selon la loi :

1 - Limitation à un équipement (monture + 2 verres) par période de 2 ans (date d'achat) à l'exception des cas pour lesquels un renouvellement anticipé est prévu réglementairement, notamment pour les enfants de moins de 16 ans ou en cas d'évolution de la vue.

2 - Participation forfaitaire intégrant le remboursement du Régime Obligatoire et le Ticket Modérateur. Monture limitée à 100€ y compris les prestations d'appairage des verres de classe A et du supplément pour verres avec filtre.

Définition des classes de verres	
Catégorie	Équipement
A	<b>Équipement avec 2 verres simples</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Verres unifocaux sphériques, Sphère entre - 6,00 et + 6,00 dioptries</li> <li>• Verres unifocaux sphéro-cylindriques, Sphère entre - 6,00 et 0 dioptries, Cylindre &lt; ou = + 4,00 dioptries</li> <li>• Verres unifocaux sphéro-cylindriques, Sphère positive, somme S (Sphère + Cylindre) &lt; ou = 6,00 dioptries</li> </ul>
	<b>B</b>
B	<b>Équipement avec 1 verre simple (A) et un verre complexe (C)</b>
	<b>C</b>
C	<b>Équipement avec 2 verres complexes</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Verres unifocaux sphériques, Sphère hors zone de - 6,00 à + 6,00 dioptries</li> <li>• Verre unifocaux sphéro-cylindriques, Sphère entre - 6,00 et 0 dioptries, Cylindre &gt; à + 4,00 dioptries</li> <li>• Verre unifocaux sphéro-cylindriques, Sphère &lt; à - 6,00 dioptries, Cylindre &gt; ou = 0,25 dioptrie</li> <li>• Verre unifocaux sphéro-cylindriques, Sphère positive et dont la somme S est &gt; à + 6,00 dioptries</li> <li>• Verres multifocaux ou progressifs sphériques, Sphère entre - 4,00 et + 4,00 dioptries</li> <li>• Verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques, Sphère entre - 8,00 et 0,00 dioptries, Cylindre &lt; ou = + 4,00 dioptries</li> <li>• Verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques, Sphère positive et dont la somme S est &lt; ou = 8,00 dioptries</li> </ul>
	<b>D</b>
D	<b>Équipement avec 1 verre simple (A) et un verre hyper complexe (F)</b>
E	<b>Équipement avec 1 verre complexe (C) et un verre hyper complexe (F)</b>
	<b>F</b>
F	<b>Équipement avec 2 verres hyper complexes</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Verres multifocaux ou progressifs sphériques, Sphère hors zone de - 4,00 à + 4,00 dioptries</li> <li>• Verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques, Sphère entre - 8,00 et 0 dioptries, Cylindre &gt; + 4,00 dioptries</li> <li>• Verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques, Sphère &lt; - 8,00 dioptries, Cylindre &gt; ou = 0,25 dioptrie</li> <li>• Verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques, Sphère positive et dont la somme S est &gt; 8,00 dioptries</li> </ul>

# Comprendre le 100 % Santé

## Le 100 % Santé, c'est quoi ?

**Le 100 % Santé est un dispositif facilitant l'accès de tous à des soins de qualité dans 3 domaines : l'optique, le dentaire et l'audiologie.** Cela est rendu possible grâce à la prise en charge complète des dépenses par l'Assurance Maladie et la complémentaire santé.

Toutes les autres dépenses de santé hors optique, dentaire et audiologie (soins et équipements) ne sont **pas** concernés par cette réforme.



Les soins de ces 3 domaines sont pris en charge à 100 %



**Pour bénéficier du 100 % Santé, vous devez être titulaire d'un contrat responsable et choisir des soins et équipements éligibles à ce dispositif.**

Un **contrat responsable** désigne une complémentaire santé favorisant l'application du parcours de soins coordonnés et respectant un cahier des charges qui comprend des garanties minimales ainsi que des plafonds de couverture pour certains postes de soins.

## En quoi consiste le 100% santé ?

### Différentes dispositions sont mises en place :



Les professionnels de santé sont soumis à des **prix limites de vente** pour l'optique et l'audiologie et à des **honoraires limites de facturation** pour le dentaire.



Des **paniers de soins et équipements** respectant les prix limites de vente et les honoraires limites de facturation sont définis.



La **base de remboursement de la Sécurité Sociale est augmentée** sur certaines prestations.



La complémentaire santé **augmente ses remboursements**.



### Bon à savoir

**Chacun est libre de recourir à des soins et équipement hors panier de soins 100 % Santé !**

Dans ce cas, une partie des frais reste à charge, en fonction des garanties établies par le contrat.



## Parrainage

**30€**  
en **chèques**  
**cadeaux**

Pour remercier ses adhérents de leur confiance et de leur soutien, la Mutuelle EPC organise une opération de parrainage.

- Faites découvrir votre Mutuelle EPC à vos amis et à vos proches et remplissez le **coupon de parrainage**.
- Toute adhésion de filleul(e) vous récompense de **chèques cadeaux d'une valeur de 30 €**.
- Votre Filleul(e) est également gratifié(e) de **chèques cadeaux d'une valeur 30 €**.
- Au 5<sup>ème</sup> parrainage, le parrain reçoit une dotation supplémentaire de 90€ en chèques cadeaux.



La Mutuelle EPC vous accompagne depuis **près de 90 ans**.

*Une protection santé de qualité*

*Des garanties performantes*

*Des tarifs avantageux*

*Pas de questionnaire santé*

*Adhésion sans limite d'âge*

*L'accès au tiers payant général*

*L'accès aux centres mutualistes dans toute la France*

*Mutuelle labellisée pour les agents territoriaux*

*Ouverte aux TNS : professions libérales et travailleurs indépendants, artisans, commerçants...*

*Un site internet ouvert et transparent avec des infos utiles actualisées en permanence*

*L'accès internet à vos données personnelles*

