

# Les garanties au 1<sup>er</sup> Janvier 2026 du contrat Plus Couleur



## HONORAIRES MÉDICAUX

Régimes Obligatoires RO	Remboursement Mutuelle Dans la limite des frais réels			Justificatifs à fournir à la Mutuelle
	Contrat Plus Couleur	Remboursement total		
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 <sup>(4)</sup> )	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>(5)</sup>	60% / 100% / 0%	40% ou 0% + 20€/séance	100% + 20€/séance	Facture <sup>(3)</sup> si non prise en charge Sécurité Sociale

## APPAREILLAGE DIVERS ET MATÉRIEL MÉDICAL

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 Sécurité Sociale	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>
Fauteuil roulant, location courte durée <sup>(6)</sup>	60%	40%	100%	Facture <sup>(3)</sup>

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

# Les garanties au 1<sup>er</sup> Janvier 2026 du contrat Plus Couleur



## HONORAIRES

	Régimes Obligatoires RO	Remboursement Mutuelle Dans la limite des frais réels	Justificatifs à fournir à la Mutuelle
		Contrat Plus Couleur	Remboursement total
Honoraires DPTAM <sup>(2)</sup>	80% ou 100%	80% ou 60%	160%
Honoraires HORS DPTAM <sup>(2)</sup>	80% ou 100%	60% ou 40%	140%
Frais de séjour	80% ou 100%	20% ou 0%	100%

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

## 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 Sécurité Sociale 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%	20€	20€	Facture <sup>(3)</sup>
Forfait Patient Urgence (FPU)		0%	Tarif en vigueur	Tarif en vigueur	
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 <sup>(7)</sup>		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%	Une cure par an
Frais inhérents à la cure thermale remboursée par la Sécurité Sociale		0%	150€ / an	150€ / an	Facture <sup>(3)</sup>
Transport (sauf cure) <sup>(8)</sup>		65% <sup>(8)</sup>	35% <sup>(8)</sup>	100% <sup>(8)</sup>	Prescription <sup>(8)</sup>

## 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.



## ÉQUIPEMENT «100% SANTÉ» <sup>(8)</sup>

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

## PRISE EN CHARGE INTÉGRALE

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

Verres uni focaux, montures (catégorie A) <sup>(10)</sup>	60% ou 100%	Limité à 300€	Limité à 300€	Prescription + Facture <sup>(3)</sup>
Verres mixtes, montures (catégories B et D) <sup>(10)</sup>	60% ou 100%	Limité à 375€ / an	Limité à 375€	Prescription + Facture <sup>(3)</sup>
Verres progressifs, montures (catégories C, E et F) <sup>(10)</sup>	60% ou 100%	Limité à 450€	Limité à 450€	Prescription + Facture <sup>(3)</sup>

## AUTRES PRESTATIONS

Lentilles de contact remboursées par la Sécurité Sociale	0%, 60% ou 100%	Limité à 350€/an hors TM	Limité à 350€/an hors TM	Prescription + Facture <sup>(3)</sup>
Lentilles de contact non remboursées par la Sécurité Sociale	0%	Sur la base reconstituée de 39,48€ par lentille	Sur la base reconstituée de 39,48€ par lentille	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 2026 du contrat Plus Couleur

Régimes Obligatoires RO	Remboursement Mutuelle		Justificatifs à fournir à la Mutuelle
	Contrat Plus Couleur	Remboursement total	

## AIDES AUDITIVES <sup>(11)</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» <sup>(12)</sup>

### LE REMBOURSEMENT DES ÉQUIPEMENTS 100% SANTÉ EST INTÉGRAL DANS LA LIMITE DES PRIX LIMITES DE VENTE

#### Prothèse auditive

60%

100% FR - Sécurité Sociale

**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 prostheses auditives <sup>(12)</sup>

60%

40%+30% FR limité à 90€/an

**100% + 30% FR limité à 90€ / an**

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

## DENTAIRE

### SOINS ET PROTHÈSES «100% SANTÉ» <sup>(9)</sup>

### PRISE EN CHARGE INTÉGRALE

#### Prothèses dentaires remboursées par la Sécurité Sociale

70% ou 100%

100% FR - Sécurité Sociale

**100% FR**

#### Inlays-core remboursés par la Sécurité Sociale

70% ou 100%

100% FR - Sécurité Sociale

**100% FR**

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

#### Prothèses dentaires remboursées par la Sécurité Sociale <sup>(9 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>(9 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>

#### Examen annuel de prévention bucco-dentaire des 3-24 ans

60%

40%

**100%**

# Les garanties au 1<sup>er</sup> Janvier 2026 du contrat Plus Couleur



## BIEN ÊTRE ET PRÉVENTION

Régimes Obligatoires RO	Remboursement Mutuelle Dans la limite des frais réels		Justificatifs à fournir à la Mutuelle
	Contrat Plus Couleur	Remboursement total	

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, Psychologie (hors du dispositif « Mon Soutien Psy »)	0%	20€/séance	20€/séance	Facture <sup>(3)</sup> Limité à 6 séances/an/spécialité
Consultation Psychologue <sup>(14)</sup> (dans le cadre du dispositif « Mon Soutien Psy »)	60%	40%	100%	Limité à un nombre de séances/an déterminé par voie réglementaire
Soutien psychologique (Stimulus Care Services) Par téléphone au 0 800 502 076 ou sur <a href="http://www.stimulus-careservices.com">www.stimulus-careservices.com</a>	0%	Dans le cadre de 5 médiations par an et par événement et 5 consultations avec un psychologue	Dans le cadre de 5 médiations par an et par événement et 5 consultations avec un psychologue	
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>(15)</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) Test HPV (dépistage du cancer du col de l'utérus)

(5) Y compris bilan postural

(6) Aucun reste à charge pour l'adhérent dans la limite des prix limite de vente tels que définis réglementairement. Prise en charge renforcée en application de l'article L. 165-1 du Code de la sécurité sociale du forfait de location inférieure à six mois des véhicules pour personnes à mobilité réduite.

(7) Le forfait est versé lors de la naissance, qu'elle soit simple ou multiple.

(8) La prescription précise le mode de transport le plus adapté à l'état du patient et si cet état est incompatible avec un transport partagé, compris comme véhiculant ensemble au moins deux patients. Dans le respect de la prescription, les frais de transport sont pris en charge sur la base du trajet le moins onéreux, compte tenu des conditions de transport et du nombre de patients transportés.

Lorsqu'un patient refuse le transport partagé que lui propose une entreprise de transport sanitaire ou une entreprise de taxi conventionnée, alors que son état de santé n'est pas incompatible avec une telle solution de transport et que la proposition répond à des conditions de mise en oeuvre du transport tenant en particulier aux caractéristiques du trajet et à l'organisation de la prise en charge sur le lieu de soins, ses frais de transport sont pris en charge après application au prix facturé d'un coefficient de minoration déterminé par voie réglementaire.

(9) Le panier 100% santé permet d'accéder à des offres sans reste à charge pour certaines prestations au niveau des postes dentaire, optique et audiology. 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.

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

(10) Voir fiche jointe pour optique

(11) 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.

(12) Remboursement Sécurité Sociale 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

(13) Ces professions étant réglementées, les praticiens et spécialistes doivent être inscrits aux répertoires ADELI ou RTPS pour donner lieu à remboursement RC. L'acte d'acupuncture est considéré comme un acte médical. En conséquence, seuls les membres des professions médicales peuvent le pratiquer : médecins, chirurgiens-dentistes pour les actes en lien avec la chirurgie dentaire, et sages-femmes pour les actes en lien avec l'obstétrique.

(14) Prise en charge d'un nombre de séances maximum par an déterminé par voie réglementaire auprès d'un psychologue inscrit au répertoire du dispositif gouvernemental.

(15) Pour les traitements de substitution nicotinique.

**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 Sécurité Sociale.**

## EXEMPLES DE REMBOURSEMENTS (1)

					Plus Couleur	Noir/Blanc	
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
<b>Hospitalisation</b>							
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
<u>Séjour avec actes lourds</u> - L'hôpital public inclut la rémunération des praticiens dans les frais de séjour, alors que leurs honoraires sont facturés séparément dans le secteur privé							
<b>Exemple d'une opération chirurgicale de la cataracte, en secteur privé</b>							
Frais de séjour	Différent selon public / privé	BR	BR - 24 €	24 €	0 €	24 €	0 €
Frais de séjour en secteur privé	838,98 €	838,98 €	814,98 €	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 : honoraires chirurgien	443 €	271,70 €	271,70 €	163,02 €	0 €	0 €	171,30 €
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 €
<u>Séjour sans actes lourds</u> - L'hôpital public inclut la rémunération des praticiens dans les frais de séjour, alors que leurs honoraires sont facturés séparément dans le secteur privé							
<b>Exemple d'un suivi d'une pneumonie ou pleurésie pour un patient de plus de 17 ans, en hôpital public</b>							
Frais de séjour	Différent selon public / privé	BR	80 % BR	20 % BR	0 €	20 % BR	0 €
Frais de séjour en secteur public	3 754,00 €	3 754,00 €	3 003,20 €	750,80 €	0 €	750,80 €	0 €
<b>Soins courants</b>							
Honoraires médecins secteur 1 (généralistes ou spécialistes)	Tarif de convention	BR	70 % BR - 2 €	30 % BR	2 € participation forfaitaire	30 % BR	2 € participation forfaitaire
Exemple : consultation médecin traitant généraliste pour un patient de plus de 18 ans	30,00 €	30,00 €	19,00 €	9,00 €	2 € participation forfaitaire	9,00 €	2 € participation forfaitaire
Exemple : consultation pédiatre pour enfant de 2 à 6 ans	35,00 €	35,00 €	24,50 €	10,50 €	0 €	10,50 €	0 €
Exemple : consultation pour les psychiatres et les neurologues pour un patient de plus de 18 ans	40,00 €	40,00 €	26,00 €	12,00 €	2 € participation forfaitaire	12,00 €	2 € participation forfaitaire
Honoraires médecins secteur 2 adhérents OPTAM ou OPTAM-CO	Dépassements maîtrisés	BR	70 % BR - 2 €	30 % BR + dépassement si prévu au contrat	2 € participation forfaitaire + dépassement selon contrat	30 % BR + dépassement si prévu au contrat	2 € participation forfaitaire + dépassement selon contrat
Exemple : consultation pédiatre pour enfant de 2 à 6 ans	50,00 €	35,00 €	24,50 €	25,50 €	0,00 €	25,50 €	0,00 €
Exemple : consultation pour les psychiatres et les neurologues pour un patient de plus de 18 ans	60,00 €	50,00 €	33,00 €	25,00 €	2 € participation forfaitaire	25,00 €	2 € participation forfaitaire
Honoraires des médecins secteur 2 (non adhérents OPTAM ou OPTAM-CO)	Honoraires libres	BR	70 % BR - 2 €	30 % BR + dépassement si prévu au contrat (remboursement des dépassements plafonnés à 100 % BR)	2 € participation forfaitaire + dépassement selon contrat	30 % BR + dépassement si prévu au contrat (remboursement des dépassements plafonnés à 100 % BR)	2 € participation forfaitaire + dépassement selon contrat
Exemple : consultation pédiatre pour enfant de 2 à 16 ans	100,00 €	35,00 €	24,50 €	38,50 €	37,00 €	15,75 €	59,75 €
Exemple : consultation pour les psychiatres et les neurologues pour un patient de plus de 18 ans	150,00 €	50,00 €	33,00 €	55,00 €	62,00 €	22,50 €	92,50 €
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
Exemple : achat de bas de contention	85,00 €	29,78 €	17,87 €	67,13 €	0 €	61,91 €	5,22 €

## EXEMPLES DE REMBOURSEMENTS <sup>(1)</sup>

					Plus Couleur	Noir/Blanc		
Dentaire								
<b>Soins et prothèses 100 % Santé</b>								
Exemple : pose d'une couronne céramo-métallique sur incisives, canines et premières prémolaires	Honoraire limite de facturation (HLF)	BR	60 % BR	40 % BR + dépassement dans la limite du plafond des honoraires	0 €	40 % BR + dépassement dans la limite du plafond des honoraires		
515 €		120 €	72,00 €	443,00 €	0 €	443,00 €		
<b>Soin (hors 100 % santé)</b>					Selon contrat			
Exemple : détartrage	Tarif de convention	BR	60 % BR	40 % BR + dépassement si prévu au contrat	Selon contrat			
43,88 €		43,88 €	26,33 €	17,55 €	Selon contrat			
<b>Prothèses (hors 100 % santé)</b>					Selon contrat			
Exemple : couronne céramo-métallique sur molaires	Prix moyen national	BR	60 % BR	40 % BR + dépassement si prévu au contrat	Selon contrat			
547,90 €		120,00 €	72,00 €	414,00 €	Selon contrat			
<b>Orthodontie (moins de 16 ans)</b>					Selon contrat			
Exemple : traitement par semestre (6 semestres maximum)	Prix moyen national	BR	100 % BR	Dépassement si prévu au contrat	Selon contrat			
720,00 €		193,50 €	193,50 €	393,50 €	Selon contrat			
<b>Optique</b>								
<b>Équipement 100 % santé</b>					Selon contrat			
Exemple : verres simples et monture	Prix limite de vente (PLV)	BR	60 % BR	40 % BR + dépassement dans la limite des PLV	0 €	40 % BR + dépassement dans la limite des PLV		
42,5 € (par verre) + 30 € (monture)		12,75 € par verre + 9 €	7,65 € par verre + 5,40 €	34,85 € par verre + 24,60 €	0 €	34,85 € par verre + 24,60 €		
Exemple : verres progressifs et monture		27 € par verre + 9 €	16,20 € par verre + 5,40 €	73,80 € par verre + 24,60 €	0 €	73,80 € par verre + 24,60 €		
<b>Équipement (hors 100 % santé)</b>					Selon contrat			
Exemple : verres simples et monture	Prix moyen national	BR	60 % BR	40 % BR + dépassement si prévu au contrat, dans la limite des plafonds réglementaires	Selon contrat			
100 € (par verre) + 139 € (monture)		0,05 € par verre + 0,05 €	0,03 € par verre + 0,03 €	99,97 € (par verre) + 99,97 € (monture)	Selon contrat			
Exemple : verres progressifs et monture		0,05 € par verre + 0,05 €	0,03 € par verre + 0,03 €	174,97 € (par verre) + 99,97 € (monture)	Selon contrat			
<b>Lentilles</b>					Selon contrat			
Forfait annuel	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			
NC		Non remboursé (dans le cas général)	Non remboursé (dans le cas général)	Forfait annuel de 39,48€	Selon le tarif facturé			
<b>Chirurgie réfractive</b>					Selon contrat			
Exemple : opération correctrice de la myopie	Prix moyen national	Non remboursé	Non remboursé	Prise en charge si prévu au contrat	Selon contrat			
NC		Non remboursé	Non remboursé	153 € / œil / an + forfait de 150€ / an	Selon le tarif facturé			
<b>Aides auditives</b>								
<b>Équipement 100 % santé</b>					Selon contrat			
Par oreille pour un patient de plus de 20 ans	Prix limite de vente (PLV)	BR	60 % BR	40 % BR + dépassement dans la limite des PLV	Selon contrat			
950 €		400 €	240 €	710 €	Selon contrat			
<b>Équipement (hors 100 % santé)</b>					Selon contrat			
Par oreille pour un patient de plus de 20 ans	Prix moyen national	BR	60 % BR	40 % BR + dépassement si prévu au contrat, dans la limite des plafonds réglementaires	Selon contrat			
1 534 €		400 €	240 €	650 € / oreille + forfait de 150 € / an dans la limite de 1 700 €	Selon contrat			
494 €				500 € / oreille dans la limite de 1 700 €	Selon contrat			
(1) : Les exemples de remboursements sont données pour un assuré sans taux de prise en charge particulier 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								

(1) : Les exemples de remboursements sont données pour un assuré sans taux de prise en charge particulier 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

# COTISATIONS MENSUELLES 2026

- › **Gratuité des cotisations** à partir du 3ème enfant ;
- › En fonction de leurs tranches d'âge, les cotisations sont **les mêmes pour tous les adhérents** ;
- › Les augmentations tarifaires liées aux changements de tranche d'âge sont appliquées au **1er janvier de l'année suivante**.

Tranches d'âge	Contrat de base Noir / Blanc	Contrat Plus Couleur
0 - 20 ans	28,90 €	47,80 €
21 - 29 ans	33,40 €	58,50 €
30 - 39 ans	42,00 €	67,40 €
40 - 44 ans	47,30 €	76,10 €
45 - 49 ans	55,00 €	85,80 €
50 - 54 ans	64,30 €	98,30 €
55 - 59 ans	74,90 €	109,60 €
60 - 64 ans	82,60 €	121,80 €
65 - 69 ans	89,00 €	130,50 €
70 - 74 ans	95,70 €	140,40 €
75 - 79 ans	106,90 €	152,60 €
80 - 84 ans	119,80 €	168,30 €
85 - 89 ans	122,40 €	173,20 €
90 ans et +	124,60 €	177,00 €