

Garanties Frais de Santé 2026

Contrat Solidaire et Responsable

Régime Obligatoire
(RO)
(à titre indicatif)

Prise en charge Mutuelle *

TOTAL
Y compris Régime
Obligatoire (RO)
(à titre indicatif)

SOINS COURANTS - HONORAIRES MÉDICAUX ET PARAMÉDICAUX

Consultations, visites : généralistes (dont télésurveillance médicale)

Adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	70% ou 60%	30% ou 40%	300%	400%
Autres praticiens	70% ou 60%	30% ou 40%	100%	200%

Consultations, visites : spécialistes (dont télésurveillance médicale)

Adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	70% ou 60%	30% ou 40%	300%	400%
Autres praticiens	70% ou 60%	30% ou 40%	100%	200%

Actes de sages-femmes

Auxiliaires médicaux, y compris psychologue dans le dispositif Mon Soutien Psy	60%	40%	-	100%
Ambulances, véhicules sanitaires légers ...	55%	45%	-	100%

SOINS COURANTS - MÉDICAMENTS

Médicaments à SMR important	65%	35%	-	100%
Médicaments à SMR modéré	30%	70%	-	100%
Médicaments à SMR faible	15%	0%	-	15%
+ Forfait supplémentaire médicaments non remboursés par le RO + PH2 (1)(2)	-	-	250 € / AN	250 € / AN

SMR : Service Médical Rendu

(1) Médicaments à SMR faible (PH2) et les médicaments non remboursés par le RO (PHN) référencés sur le site <http://base-donnees-publique.medicaments.gouv.fr>

(2) Remboursement sur présentation de la facture acquittée nominative au nom du bénéficiaire et de l'ordonnance du praticien

SOINS COURANTS - ANALYSES ET EXAMENS DE LABORATOIRE

Actes techniques médicaux et d'échographie	70%	30%	300%	400%
Adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	70%	30%	100%	200%
Autres praticiens	70%	30%	-	100%
Actes d'imagerie dont ostéodensitométrie acceptée	70%	30%	300%	400%
Adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	70%	30%	100%	200%
Autres praticiens	70%	30%	-	100%
Examens de laboratoires	60%	40%	-	100%
Amniocentèse (sous conditions) (3)(4)	-	-	Frais réel	Frais réel
Ostéodensitométrie non prise en charge par le RO - Forfait annuel (5)	-	-	50 € / AN	50 € / AN
Bilan psychomoteur ou séance en cabinet libéral (5)	-	-	300 € / AN	300 € / AN

(3) Intervention pratiquée sur adhérente de 35 ans et plus.

(4) Remboursement sur présentation de la facture acquittée nominative au nom du bénéficiaire et du décompte de la sécurité sociale.

(5) Remboursement sur présentation de la facture acquittée nominative au nom du bénéficiaire.

SOINS COURANTS - MATERIEL MÉDICAL	60%	40%	-	100%
Orthopédie, appareillages et accessoires médicaux acceptés par le RO	-	-	150 € / AN	150 € / AN
+ Forfait orthopédie, appareillages et accessoires médicaux	-	-	-	100%
Gros matériel orthopédique et grand appareillage acceptés par le RO	60%	40%	-	100%
+ Forfait gros matériel orthopédie et grand appareillage	-	-	150 € / AN	150 € / AN
Prothèses mammaires (4)	60%	40%	-	100%
+ Forfait prothèse mammaire	-	-	150 € / AN	150 € / AN
Prothèses capillaires (4)	60%	40%	-	100%
+ Forfait prothèse capillaire	-	-	150 € / AN	150 € / AN

(4) Remboursement sur présentation de la facture acquittée nominative au nom du bénéficiaire et du décompte de la sécurité sociale.

AIDES AUDITIVES

Equipement 100 % Santé (6) (7)	60%	40%	-	100 % Santé
Equipement à tarif libre (6) (7)	-	-	700 € / Appareil	700 € / Appareil
+ Forfait supplémentaire (hors piles et accessoires) (6) (7)	-	-	-	100%
Piles et accessoires	60%	40%	-	100%
+ Forfait supplémentaire pour piles et accessoires (5)	-	-	70 € / AN	70 € / AN

(5) Remboursement sur présentation de la facture acquittée nominative au nom du bénéficiaire.

(6) Tel que défini réglementairement, dans le respect des prix limites de vente fixés par la réglementation.

(7) Un équipement est composé d'un appareillage par oreille.

Prise en charge limitée, par oreille, à une aide auditive par période de 4 ans. La période s'apprécie à compter de la date d'acquisition de l'aide auditive.

HOSPITALISATION

Frais de séjour (*)	80% ou 100%	20% ou 0%	-	100%
Soins, honoraires de médecins, actes de chirurgie, d'anesthésie et d'obstétrique (hors maternité)				
Adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	80% ou 100%	20% ou 0%	300%	400%
Autres praticiens	80% ou 100%	20% ou 0%	100%	200%
Ambulances, véhicules sanitaires légers ...	55% ou 100%	45% ou 0%	-	100%
Forfait journalier hospitalier	-	-	Frais réel	Frais réel
Chambre particulière avec nuitées (8)				
Chirurgie, en illimité	-	-		
Médecine, limitée à 60 nuits / an	-	-	60 € / Nuit	60 € / Nuit
Psychiatrie, rééducation et convalescence limitée à 45 nuits / an	-	-		
Chambre particulière en ambulatoire (8) (9)	-	-	20 € / Jour	20 € / Jour
Frais accompagnant (10)	-	-	30 € / Jour	30 € / Jour

(*) Sur la base des codes DMT (Discipline Médico Tarifaire), la prise en charge est exclue pour les séjours suivants : cures médicales en établissements de personnes âgées, ateliers thérapeutiques, instituts ou centres médicaux à caractère éducatif psycho-pédagogique et professionnel, centres de rééducation professionnelle, services de longs séjours et établissements pour personnes âgées.

La chirurgie esthétique, à l'exception des actes pris en charge par les régimes obligatoires, ne donne pas lieu à prise en charge par la mutuelle.

(8) Si établissement conventionné avec accord tarifaire, la mutuelle prend en charge dans les limites des tarifs de l'accord.

(9) Le séjour doit être réalisé dans le cadre d'une hospitalisation avec anesthésie et/ou chirurgie ambulatoire sans nuitée.

(10) Hospitalisation enfant de -16 ans dans la limite de 30 jours an et /bénéficiaire. Hospitalisation adulte uniquement en chirurgie dans la limite de 6 jours /an et /bénéficiaire. Concerne uniquement les frais de repas et/ou hébergement, facturés en milieu hospitalier, maison des parents ou structure spécifique d'hébergement des malades et de leur famille lors d'une hospitalisation avec nuitée(s) prise en charge au titre de la présente garantie.

Remboursement sur présentation de la facture acquittée nominative au nom du bénéficiaire et du bulletin d'hospitalisation.

Garanties Frais de Santé 2026

Contrat Solidaire et Responsable

**Régime Obligatoire
(RO)
(à titre indicatif)**

Prise en charge Mutuelle *

**TOTAL
Y compris Régime
Obligatoire (RO)
(à titre indicatif)**

MATERNITÉ

Soins, honoraires de médecins, actes de chirurgie, d'anesthésie et d'obstétrique

Adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	100%	-	300%	400%
Autres praticiens	100%	-	100%	200%
Chambre particulière avec nuitées (8) (11)	-	-	60 € / Nuit	60 € / Nuit
Indemnité de naissance (12)	-	-	250 €	250 €

(8) Si établissement conventionné avec accord tarifaire, la mutuelle prend en charge dans les limites des tarifs de l'accord.

(11) Chambre particulière : prise en charge limitée à 45 nuitées par année civile et par bénéficiaire.

(12) Indemnité par enfant inscrit à la mutuelle dans les trois mois qui suivent sa naissance ou son adoption. Sur présentation de la copie du bulletin de naissance ou d'adoption et ou du livret de famille.

OPTIQUE

Équipement 100 % Santé (13) (14) (15)

Monture	60%	40%	99,95 €	100 % Santé
Par verre hors réseau ou dans le réseau				100 % Santé
Équipement à tarif libre hors réseau ou dans le réseau (13) (14) (15) (16) (26)				
Monture	60%	40%	99,95 €	100 % + 99,95 €
Par verre hors réseau ou dans le réseau				
- Simple	60%	40%	100 €	100 % + 100 €
- Complex	60%	40%	180 €	100 % + 180 €
- Très complexe	60%	40%	250 €	100 % + 250 €
Adaptation de la correction effectué par l'Opticien	60%	40%	-	100%
Verres avec filtres	60%	40%	-	100%
Autres suppléments (prisme, système antiptosis, verres iséconiques)	60%	40%	-	100%
Lentilles de vues acceptées par le RO	60%	40%	250 € / AN	100 % + 250 € / AN
Lentilles de vues refusées par le RO (5)	-	-	200 € / AN	200 € / AN
Actes de chirurgie des yeux non remboursés par le RO (5) (17)	-	-	400 € / Œil / AN	400 € / Œil / AN
Pose implant intraoculaire non remboursé par le RO (5) (17)	-	-	200 € / Œil / AN	200 € / Œil / AN

(5) Remboursement sur présentation de la facture acquittée nominative au nom du bénéficiaire.

(13) Tel que défini réglementairement, dans le respect des prix limites de vente et des plafonds fixés par la réglementation.

(14) Prise en charge limitée à un équipement par période de deux ans sauf en cas de renouvellement anticipé prévu à l'article L165-1 du code de la sécurité sociale, notamment pour les moins de 16 ans ou en cas d'évolution de la vue.

(15) Un équipement est composé de deux éléments, à savoir deux verres et une monture. Chaque élément d'un équipement étant pris en charge selon les conditions applicables à la classe à laquelle il appartient (100% Santé ou Tarif libre).

(16)

- Verres simples :

Verres unifocaux sphériques dont la sphère est comprise entre -6,00 et +6,00 dioptries,

Verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -6,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à +4,00 dioptries,

Verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S (sphère + cylindre) est inférieure ou égale à 6,00 dioptries.

- Verres complexes :

Verres unifocaux sphériques dont la sphère est hors zone de -6,00 à +6,00 dioptries,

Verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -6,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est supérieur à +4,00 dioptries,

Verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est inférieure à -6,00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égale à 0,25 dioptrie,

Verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S (sphère + cylindre) est supérieure à 6,00 dioptries,

Verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est comprise entre -4,00 et +4,00 dioptries,

Verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -8,00 et 0,00 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à +4,00 dioptries,

Verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 8,00 dioptries.

- Verres très complexes :

Verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est hors zone de -4,00 à +4,00 dioptries,

Verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -8,00 et 0,00 dioptries et dont le cylindre est supérieur à +4,00 dioptries,

Verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est inférieure à -8,00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 dioptrie,

Verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 8,00 dioptries.

(17) Actes de chirurgie des yeux (quelle que soit la technique utilisée) et/ou implants oculaires, doivent être destinés à corriger la myopie, l'astigmatisme, l'hypermétrie et/ou la presbytie, à stabiliser une perte d'acuité visuelle, ou à traiter les maladies des yeux.

(26) Les technologies de freinage de la myopie inscrite à la LPP sont prises en charge de la même manière que l'équipement à tarif libre.

DENTAIRE

Soins

60% 40% 100%

Soins et Prothèses dentaires 100 % Santé

100 % Santé

Soins et Prothèses dentaires à tarif maîtrisé hors réseau ou dans le réseau

Prothèses Fixes VISIBLES (Incisive, Canine et Prémolaire)	60%	40%	300%	400%
Prothèses Fixes NON VISIBLES (Molaires)	60%	40%	250%	350%
Inlay-Core	60%	40%	100%	200%
Prothèse transitoire	60%	40%	200%	300%
Inlay onlay	60%	40%	200%	300%
Prothèse amovible	60%	40%	250%	350%

Soins et prothèses dentaires à tarifs libres

Prothèses Fixes VISIBLES (Incisive, Canine et Prémolaire)	60%	40%	300%	400%
Prothèses Fixes NON VISIBLES (Molaires)	60%	40%	250%	350%
Inlay-Core	60%	40%	100%	200%
Prothèse transitoire	60%	40%	200%	300%
Inlay onlay	60%	40%	200%	300%
Prothèse amovible	60%	40%	250%	350%

Actes et prothèses dentaires HN ou NR (5) (18)

Orthodontie acceptée par le régime obligatoire	60% ou 100%	40% ou 0%	200%	300%
Orthodontie refusée par le régime obligatoire (5)	-	-	300 € / AN	300 € / AN
Parodontologie (5) (19)	-	-	500 € / AN	500 € / AN
Implantologie (5) (20)	-	-	600 € / Implant	600 € / Implant

(5) Remboursement sur présentation de la facture acquittée nominative au nom du bénéficiaire.

(18) Prise en charge limitée à 4 actes ou prothèses dentaires HN (Hors Nomenclature) ou NR (Non Remboursable) par année civile et par bénéficiaire.

(19) Inclus la greffe osseuse.

(20) Prise en charge limitée à 2 implants par année civile et par bénéficiaire.

Garanties Frais de Santé 2026

Contrat Solidaire et Responsable

Régime Obligatoire (RO) (à titre indicatif)	Prise en charge Mutuelle *		TOTAL Y compris Régime Obligatoire (RO) (à titre indicatif)
	Au titre du ticket modérateur et dans la limite de	Au titre des forfaits et dépassements dans la limite de	

CURES THERMALES

Frais de cure (surveillance médicale, soins) hors milieu hospitalier	65% ou 70%	35% ou 30%	-	100%
+ Forfait supplémentaire pour hébergement ou frais de transport (21)	-	-	200 € / AN	200 € / AN

(21) Pour les frais de transport : formulaire à récupérer à la mutuelle sur simple demande

MÉDECINES COMPLÉMENTAIRES

Acupuncture; Chiropractie; Diététique; Etiopathie; Homéopathie; Hypnothérapie; Méthodes Mézières; Naturopathie; Neuropsychologie; Nutritionniste; Ostéopathie; Pédicurie; Podologie; Psychologie; Thérapie EMDR. (5) (22) (23)	-	-	50 € / Séance	50 € / Séance
--	---	---	---------------	---------------

(5) Remboursement sur présentation de la facture acquittée nominative au nom du bénéficiaire.

(22) Prise en charge limitée à 5 séances par année civile et par bénéficiaire.

(23) Non pris en charge par le régime obligatoire. Seules les séances effectuées et facturées par des médecins ou par des professionnels autorisés peuvent faire l'objet d'une prise en charge, sous réserve que la facture comporte le N°FINESS et/ou le N° ADELI et/ou le N°RPPS du professionnel concerné.

PRÉVENTION

Actes de prévention pris en charge dans le cadre de la loi du 13/08/2004	60% ou 70%	40% ou 30%	-	100%
Vie sans tabac : Sevrage tabagique (24)	-	-	50 € / AN	50 € / AN
Vaccin anti-grippal (5)	-	-	Frais réel	Frais réel

(5) Remboursement sur présentation de la facture acquittée nominative au nom du bénéficiaire.

(24) Prise en charge substitutif nicotique sur prescription médicale après intervention du régime obligatoire.

GARANTIE SUPPLÉMENTAIRE

Participation aux frais d'obsèques (25)	-	-	250 €	250 €
---	---	---	-------	-------

(25) En cas de décès de l'adhérent ou de son ayant droit couvert par la mutuelle. Sur présentation du bulletin de décès, de la facture acquittée des frais d'obsèques.

La téléconsultation médicale sans rendez-vous en direct 24h/24 et 7j/7 - Prise de rendez-vous médical simplifiée

Maiia est un service qui permet aux adhérents d'accéder à un professionnel de santé, un avis médical.

Ce service de prise de rendez-vous avec un médecin et de téléconsultation 24h/24 7j/7, est inclus dans la complémentaire santé des adhérents.

5 téléconsultations 24/7 sont réservés à chaque adhérent, renouvelable chaque année, **sans surcoût**.

Les autres consultations en cabinet ou à distance, réservées via le service Maiia, sont prises en charge par le régime obligatoire et la mutuelle.

Pour accéder aux services Maiia, connectez-vous à votre espace Harmonie&Moi et sélectionnez "Mes services", choisissez "prise de rendez-vous médical" ou "téléconsultation sans rendez-vous" dans la liste proposée.

* **Accéder à un médecin généraliste.** Gérez vos rendez-vous avec votre généraliste ou accédez à d'autres généralistes disponibles à proximité, même en tant que nouveau patient.

* **Accéder à un spécialiste en cas de besoin.** Cherchez et prenez rendez-vous avec un des 20 000 médecins disponibles (psychiatres, gynécologues, pédiatres, sage-femmes, dermatologues, kinés ...).

* **Avoir un avis médical à tout moment.** Echangez avec un généraliste ou un spécialiste disponible en temps réel, 24h/24, 7j/7 (nuit, week-end, jour férié, sur mon lieu de vacances)

MUTUELLE DÉPÈCHE ASSISTANCE - 09 69 32 11 69 (appel non surtaxé)

A S S I T A N C E	Ecoute, conseil & orientation (24/7)	Service dédié aux bénéficiaires pour apporter un soutien à chaque moment important de la vie.
	Accompagnement psycho-social illimité	Le soutien est réalisé par des psychologues, sous forme d'entretiens téléphoniques confidentiels.
	Prestations d'assistance en cas d'hospitalisation dès l'ambulatoire, de maternité, de traitement anticancéreux et d'immobilisation prévue et imprévue	10 heures d'aide à domicile
	Prestations complémentaires et spécifiques aux aidants	Bilan psycho-social de la situation. Assistance préventive pour l'aide. Assistance en cas de situation de crise. Fin de la situation d'aide
	Protection juridique santé	Prendre en charge des frais de procédure ou à fournir des services découlant de la couverture d'assurance, en cas de différend ou de litige opposant l'assuré à un tiers, en vue notamment de défendre ou représenter en demande l'assuré dans une procédure civile, pénale, administrative ou autre ou contre une réclamation dont il est l'objet ou d'obtenir réparation à l'amiable du dommage subi.

Assistance soumise à conditions. Voir détail sur la notice d'information téléchargeable sur www.mutuelle-depeche.fr ou appeler au 09 69 32 11 69

Garanties Frais de Santé 2026

Contrat Solidaire et Responsable

Régime Obligatoire
(RO)
(à titre indicatif)

Prise en charge Mutuelle *

Au titre du ticket
modérateur et dans
la limite de

Au titre des forfaits
et dépassements
dans la limite de

TOTAL
Y compris Régime
Obligatoire (RO)
(à titre indicatif)

*** CONDITIONS GÉNÉRALES DE PRISE EN CHARGE**

Les garanties sont conformes au cahier des charges des contrats responsables (articles L.871-1 et R.871-2 du Code de la Sécurité sociale).

- Les remboursements sont limités aux frais réels et sous réserve de prise en charge par le régime obligatoire (sauf mention contraire).
- Les taux du régime obligatoire et le total sont donnés à titre indicatif dans le cadre du respect du parcours de soins coordonnés.
- Le remboursement du régime obligatoire est énoncé avant :
 - déduction de la participation forfaitaire (visée à l'article L160-13 II du code de la sécurité sociale),
 - déduction des franchises médicales (visées à l'article L160-13 III du code de la sécurité sociale).
- La participation forfaitaire des actes supérieurs à 120 € est prise en charge par la mutuelle ainsi que celle lors d'un passage non programmé dans une structure des urgences d'un établissement santé (Forfait Patient Urgence).
- Dans le cadre du hors parcours de soins coordonnés, la mutuelle ne prend pas en charge la majoration du ticket modérateur ni les dépassements d'honoraires.
- Les dépassements d'honoraires en cas de circonstances exceptionnelles de temps ou de lieu dues à une exigence particulière du bénéficiaire (côtés DE par les professionnels de santé) ne sont pas pris en charge.
- Les pourcentages indiqués s'appliquent au tarif de responsabilité ou à la base de remboursement de la sécurité sociale.

Mieux comprendre ses garanties - Lexique

Dépassement d'honoraires. Surcoût correspondant à la différence entre les tarifs pratiqués par certains professionnels de santé et les tarifs conventionnels fixés par l'Assurance maladie.

L'Option pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM), est un contrat signé entre l'Assurance maladie et des médecins conventionnés exerçant (ou ayant la possibilité d'exercer) en secteur 2. Ce dispositif vise à encadrer les dépassements d'honoraires dans le but d'améliorer l'accès aux soins des patients. OPTAM-CO est un dispositif similaire à celui de l'OPTAM destiné aux chirurgiens et obstétriciens.

Pour savoir si son médecin est signataire de ce dispositif, il y a 2 possibilités : Poser directement la question à son praticien OU consulter l'annuaire santé de l'Assurance maladie (<http://annuairesante.ameli.fr/>). Pour chaque praticien conventionné secteur 2, le site indique s'il est signataire ou non.

Mon soutien Psy : Consultations effectuées auprès d'un psychologue conventionné et référencé dans l'annuaire mis en ligne sur le site Mon soutien Psy. Il est désormais possible d'accéder directement à un psychologue, sans passer par le médecin traitant. Vous bénéficiez de 12 séances annuelles pris en charge par le régime obligatoire et par la mutuelle.

Le Grand appareillage comprend les dispositifs médicaux suivants : Podo-orthèse, Orthoprothèse, Prothèse oculaire et faciale, véhicule pour handicapés, Dispositifs médicaux implantables implants et greffons et dispositifs médicaux implantables actifs.

Les dispositifs médicaux qui ne sont pas inclus dans le Grand appareillage relèvent du Petit appareillage.

Le Petit appareillage : Il s'agit des dispositifs médicaux et métiers de maintien à domicile et d'aide à la vie ; des dispositifs médicaux, métiers et produits pour le traitement de pathologies spécifiques ; des orthèses ; des matériels de contention ; des aliments diététiques et des articles pour pansements.

Le forfait patient urgences (FPU) est une somme forfaitaire facturée lors d'un passage non programmé dans une structure des urgences d'un établissement de santé, lorsque ce passage n'est pas suivi d'une hospitalisation dans un service de médecine, de chirurgie, d'obstétrique ou d'odontologie au sein de l'établissement.

Frais réels. C'est le montant total engagé par un assuré pour ses frais de santé. Une partie est prise en charge par la Sécurité Sociale, l'autre partie est remboursée par la mutuelle selon les garanties souscrites. Une dernière partie reste éventuellement à la charge de l'assuré, c'est le « reste à charge ». Dans tous les cas, les remboursements de la Sécurité sociale et de la mutuelle ne peuvent être supérieurs aux dépenses engagées.

Garanties exprimées en pourcentage. Pour les remboursements exprimés en pourcentage, le remboursement ne se calcule pas selon le prix pratiqué par le professionnel de santé, mais selon une base donnée par la Sécurité Sociale : la base de remboursement (BR). Les pourcentages indiqués dans le tableau ci-dessus de garanties correspondent au remboursement Sécurité Sociale + Mutuelle. Ainsi, un remboursement à 100% signifie que le remboursement Sécurité Sociale + Mutuelle sera égal à la base de remboursement. Si votre praticien procède à des dépassements d'honoraires, ceux-ci ne seront pas forcément remboursés et resteront à votre charge. Un remboursement à 200% signifie que le remboursement Sécurité Sociale + Mutuelle sera égal à 2 fois la base de remboursement.

Parcours de soin. Désigne le parcours de soins coordonnés défini par la loi, obligeant les assurés sociaux à consulter leur médecin traitant avant tout autre médecin sous peine de majoration du ticket modérateur par le Régime obligatoire et de non remboursement des éventuels dépassements d'honoraires par la mutuelle.

Ticket modérateur. Part des dépenses de santé qui reste à la charge de l'assuré, une fois que l'Assurance maladie a remboursé sa part.

Participation forfaitaire. Contribution financière d'un montant de 2 € qui s'applique, pour tout assuré, à chaque consultation ou acte médical.

Le montant cumulé est plafonné à 50 € par an.

Reste à charge. Part des dépenses de santé qui reste à la charge de l'assuré, une fois que l'Assurance maladie et la complémentaire ont remboursé leur part.

Tiers payant. Sur présentation de sa carte de tiers payant, l'assuré peut bénéficier d'une dispense d'avance de tout ou partie de ses frais de santé. Le professionnel de santé ou l'établissement de soins est directement remboursé par la mutuelle.

QU'EST-CE QUE LE "100 % SANTÉ" ? Le dispositif dit "100 % Santé" a pour objectif de proposer un ensemble de prestations d'optique, d'aides auditives et de prothèses dentaires, remboursées intégralement par le Régime obligatoire et les organismes de complémentaire santé proposant une offre répondant au cahier des charges du contrat responsable. Ce panier de prestations est fixé par la réglementation et a été défini par les professionnels de santé concernés (l'État, l'Assurance Maladie, les complémentaires santé et les fabricants des dispositifs) pour proposer un large choix de produits de qualité et répondre aux attentes des assurés. Les assurés sont libres de choisir entre les prestations proposées par l'offre 100 % Santé et les autres prestations. Pour les prestations appartenant à l'offre 100 % Santé, la dépense de l'assuré lui sera intégralement remboursée. Grâce à son contrat, il n'aura donc aucun reste à charge. Le contenu de l'offre 100 % Santé est présenté dans nos garanties de manière non exhaustive. Les prestations en dehors de l'offre 100 % Santé restent prises en charge au titre du contrat et conformément au tableau des garanties.