

2026 Les taux s'entendent sur la base du tarif du régime obligatoire	Taux Régime Obligatoire	COLTER 3 <sup>(1)</sup> LABEL 3 RO + RC	COLTER 2 <sup>(1)</sup> LABEL 2 RO + RC	COLTER 1 <sup>(1)</sup> LABEL 1 RO + RC	COLTER <sup>(1)</sup> LABEL RO + RC
<b>SOINS COURANTS</b>					
Médecins généralistes et spécialistes. Consultation, actes techniques médicaux, Radiologie, Echographie.	70%	200% 180% non optimisé	150% 130% non optimisé	100%	100%
Participation forfaitaire pour acte supérieur à 120 €	0%	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Laboratoire : Prélèvement, analyses	60%	100%	100%	100%	100%
Pharmacie : Médicaments	15%-30%-65%	100%	100%	100%	100%
Dispositifs médicaux	60%	200%	150%	100%	100%
Auxiliaires médicaux : infirmières, masseurs-kinésithérapeutes, orthophonistes, orthoptistes... Séances d'accompagnement psychologique pris en charge par la sécurité sociale	60%	100%	100%	100%	100%
Matériel médical : Appareillage orthopédique, orthèse...	60%	200%	150%	100%	100%
Prothèse capillaire et mammaire	100%	300%	200%	150%	100%
<b>DENTAIRE</b>					
Soins dentaires	60%	200%	150%	100%	100%
Prothèses dentaires 100% santé <sup>(2)</sup>	0%	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Prothèses dentaires acceptées par la sécurité sociale	60%	300%	250%	200%	125%
Orthodontie acceptée RO	60%-100%	300%	250%	200%	125%
Implantologie (limité à 2 implants par an) <sup>(8)</sup>	0%	300 € / implant	200 € / implant	100€ / implant	-
<b>OPTIQUE</b>					
Equipements 100% santé <sup>(2)(3)(4)</sup>	60%	frais réels	frais réels	frais réels	frais réels
Monture <sup>(3)(4)</sup>	60%	100 €	100 €	100 €	100%
Verre simple <sup>(3)(4)(5)</sup>	60%	95 €	75 €	55 €	100%
Verre complexe <sup>(3)(4)(6)</sup>	60%	170 €	130 €	110 €	100%
Verre très complexe <sup>(3)(4)(7)</sup>	60%	350 €	280 €	190 €	100%
Lentilles non remboursées par la sécurité Sociale <sup>(8)(9)</sup>	0%	200 €	160 €	120 €	-
Lentilles remboursées par la sécurité Sociale <sup>(8)</sup>	60%	200€+200€	150€+160€	100€+120€	125%
Chirurgie Réfractive forfait <sup>(10)</sup>	0%	200 € / œil	160 € / œil	120 € / œil	-
Forfait Chirurgie de la cataracte <sup>(10)</sup>	100%	200 € / œil	100 € / œil	80€ / œil	-
<b>AIDES AUDITIVES</b>					
Prothèses auditives 100% santé <sup>(2)(11)</sup>	60%	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Prothèses auditives	60%	200%	150%	100%	100%
<b>FRAIS DE TRANSPORT</b>					
Frais de transports	55%	200%	150%	100%	100%
<b>CURES THERMALES</b>					
Frais de cure prise en charge par la sécurité sociale	70% - 65% - 60%	100%	100%	100%	100%
Forfait Cure pour frais annexes <sup>(8)(17)</sup>	0%	200 €	150 €	138 €	-
<b>HOSPITALISATION</b>					
Frais d'hospitalisation : frais de séjour <sup>(13)</sup> , honoraires	100% - 80%	200% 180% non optimisé	150% 130% non optimisé	100%	100%
Forfait Journalier tarif sécurité sociale <sup>(13)</sup>	0%	Illimité	Illimité	Illimité	Illimité
Forfait Journalier moyens séjours (rééducation, psychiatrie) tarif sécurité sociale <sup>(13)</sup>		Illimité	Illimité	Illimité	Illimité
Participation assuré sur acte technique de plus de 120 € tarif sécurité sociale	0%	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Forfait patient Urgence	0%	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Lit accompagnant - de 16 ans, + de 65 ans	0%	40 €/jour	35 €/jour	30€/jour	-
Chambre Particulière (30 jours/an) Chirurgie, Maladie aigue, Maternité <sup>(18)</sup>	0%	60 €/jour	50 €/jour	40€/jour	-
Chambre Particulière (30 jours/an) Moyens séjours (rééducation, convalescence, psychiatrie) <sup>(18)</sup>	0%	30 €/jour	20 €/jour	20€/jour	-
<b>PRESTATIONS COMPLEMENTAIRES</b>					
Actes de prévention pris en charge par la sécurité sociale R 871-2 du code de la sécurité sociale	60%-70%	100%	100%	100%	100%
Actes de prévention non pris en charge par la sécurité sociale <sup>(8)(20)</sup>	0%	150 €	120 €	80 €	-
Forfait libre pour médecines complémentaires <sup>(8)(14)</sup>	0%	200 € / an / bénéficiaire	150 € / an / bénéficiaire	100 € / an / bénéficiaire	-
Forfait Pharmacie <sup>(8)</sup> : médicaments non pris en charge par la sécu, sur prescription médicale <sup>(15)</sup>	0%	50 € / an / bénéficiaire	40 € / an / bénéficiaire	30 € / an / bénéficiaire	-
Allocation naissance <sup>(19)</sup>		400 €	300 €	200 €	-
Forfait matériel <sup>(8)</sup> sur dispositifs médicaux hors optique <sup>(12)(16)</sup>	60%	70 € / an / bénéficiaire	60 € / an / bénéficiaire	50 € / an / bénéficiaire	-

**(1) Contrat Labelisé :** Respecte les dispositions du Décret n° 2011-1474 du 8 novembre 2011 relatif à la participation des collectivités territoriales et de leurs établissements publics au financement de la protection sociale complémentaire de leurs agents

**(2) 100% Santé :** Prestations de prothèses dentaires, optiques et auditives dans la limite des prix de vente fixés par la réglementation.

**(3) Remboursement limité** à un équipement tous les 2 ans. Pour les mineurs et en cas d'évolution de la vue, la prise en charge peut être annuelle. Les 2 ans s'entendent à compter de la date d'acquisition de l'équipement. Les remboursements sont limités par le décret sur les contrats dits responsables. Pour les personnes ayant une prescription de 2 paires de verres simples (unifocaux), les 2 équipements sont remboursés.

**(4) Le remboursement** ne se fera que suite à celui de la Sécurité Sociale

**(5) Verre simple :** Sphère comprise entre - 6 et + 6 et Cylindre ≤ 4

**(6) Verre complexe :** Verre simple foyer avec Sphère > - 6 ou > + 6 ou Cylindre > 4 ; Verres multifocaux ou Verres progressifs

**(7) Verre très complexe :** multifocaux ou progressifs sphéro-cylindrique avec : Sphère hors zone - 8 ou > + 8 Verres multifocaux ou progressifs sphériques avec : Sphère hors zone - 4 ou > + 4

**(8) Forfait :** plafond de remboursement sur l'année civile par bénéficiaire, les soins doivent être pratiqués en France.

**(9) Lentilles :** Achat chez un professionnel de santé en France dont la facture comporte un numéro de FINESS. Sur présentation de la prescription médicale.

**(10) Remboursement** sur présentation de la facture acquittée faisant apparaître l'acte réalisé. La chirurgie réfractive comprend : la Myopie, l'Astigmatisme, l'Hypermétropie et la Presbytie

**(11) Limité** à un appareil par oreille tous les 4 ans par bénéficiaire comme stipulé à l'article L. 165-1 du Code de la Sécurité Sociale

**(12) Piles :** Achat chez un professionnel de santé en France dont la facture comporte un numéro de FINESS

**(13) Les frais de séjour et forfaits journaliers** ne sont pas pris en charge dans les établissements de longue durée (maisons de retraites, EHPAD ou MAS...)

**(14) Forfait libre :** Ostéopathe, Chiropracteur, Acupuncteur, Diététicien, Pédiatre, Psychologue... non remboursé par la Sécurité Sociale. Le praticien doit être enregistré auprès de l'ARS (N°ADELI ou RPPS). L'Activité Physiques Adaptées (APA) est pris en charge pour les personnes bénéficiant d'une ALD et sur prescription médicale. Les soins doivent être pratiqués en France.

**(15) Forfait Pharmacie :** sur présentation de l'ordonnance réalisée par un médecin et la facture de la pharmacie. Achat chez un professionnel de santé en France dont la facture comporte un numéro de FINESS

**(16) Forfait matériel :** ne concerne que des dispositifs médicaux sur prescription médicale. Achat chez un professionnel de santé en France dont la facture comporte un numéro de FINESS

**(17) Forfait cure thermale :** ce forfait permet une participation aux frais de déplacement ou d'hébergement. Il est remboursé uniquement pour une cure thermale prise en charge par la sécurité sociale et sur présentation de la facture correspondante et de l'attestation de cure.

**(18) Chambre particulière** est remboursée sur présentation de la facture acquittée selon la formule choisie.

**(19) Allocation Naissance :** l'adhésion de l'enfant est obligatoire dans les deux mois suivant sa naissance. Au moins un des parents doit être adhérent à la mutuelle depuis plus d'un mois.

**(20) Actes de prévention non remboursés par la sécurité sociale :** Ostéodensitométrie osseuse, sevrage tabagique (hors cigarette électronique), contraception sur prescription médicale, vaccin grippe et covid. Le praticien doit être enregistré auprès de l'ARS (N°ADELI ou RPPS). Les soins doivent être pratiqués en France.

**Le tiers payant** est pratiqué avec tous les professionnels de santé qui l'acceptent ainsi que pour le forfait journalier et le ticket modérateur en cas d'hospitalisation.

**A L'ETRANGER :** dans le cas où les soins ont été dispensés à l'étranger, le remboursement se fait sur la base de remboursement du régime d'assurance maladie obligatoire français, quelle que soit la dépense engagée.

