

ANNEXE 100% SANTÉ GÉNÉRIQUE

La présente annexe complète le tableau des garanties de votre contrat de complémentaire santé. Elle a pour objet de présenter le dispositif 100% Santé et ses modalités d'application.



Le 100% Santé qu'est-ce que c'est ?

Le 100% santé est un dispositif réglementaire instauré par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2019. Il a pour ambition de **faciliter l'accès aux soins essentiels** et de garantir à chacun des **équipements de qualité sans reste à charge**.

Son objectif principal est de lutter **contre le renoncement aux soins** en proposant des « paniers » d'équipements de qualité à des **tarifs encadrés**, intégralement remboursés par l'Assurance Maladie Obligatoire et de votre organisme de complémentaire santé.

Le dispositif concerne l'optique, le dentaire, l'audiologie, **certaines véhicules pour personnes en situation de handicap (VPH), et à certaines prothèses capillaires**.

Le 100% Santé garantit également que les équipements proposés respectent des critères de qualité stricts définis par les autorités de santé, tant sur le plan esthétique que sur le plan technique et fonctionnel.

Domaine d'application et dates d'entrée en vigueur progressives :

Le 100% Santé s'applique actuellement aux domaines suivants :

Domaine	Description du dispositif 100% Santé	Date d'entrée en vigueur
Optique	Lunette de vue : montures et verres. Un choix minimum de montures (adultes et enfants) et verres adaptés à toutes les corrections (myopie, hypermétropie, astigmatismes, presbytie...)	1 ^{er} janvier 2020
Audiologie	Aides auditives de classe I : tous type d'appareils avec minimum 12 canaux de réglages et option de confort	1 ^{er} janvier 2020 (partiel) 1 ^{er} janvier 2021 (complet)
Dentaire	Prothèses dentaires : couronnes, bridge, prothèses amovibles... avec des matériaux de qualité adaptés à la localisation de la dent	1 ^{er} janvier 2020 (partiel) 1 ^{er} janvier 2021 (complet)

Véhicules personnes handicapées	Fauteuils roulants en location courte durée (moins de 6 mois) dès lors qu'ils figurent sur la liste des produits et prestations remboursables (LPPR)	1 ^{er} décembre 2025
Prothèses capillaires	Perruques de classe I (remboursement intégral par l'AMO) et classe II (prise en charge renforcée cofinancée par l'AMO et les OCAM) pour les personnes bénéficiant d'une prescription médicale délivrée pour une alopecie consécutive à une pathologie ou à un traitement médical	1 ^{er} janvier 2026

Qui peut en bénéficier ?

Tous les assurés dès lors qu'ils choisissent des soins ou des équipements du panier 100% santé. Dans ce cas, ils n'ont pas de reste à charge.

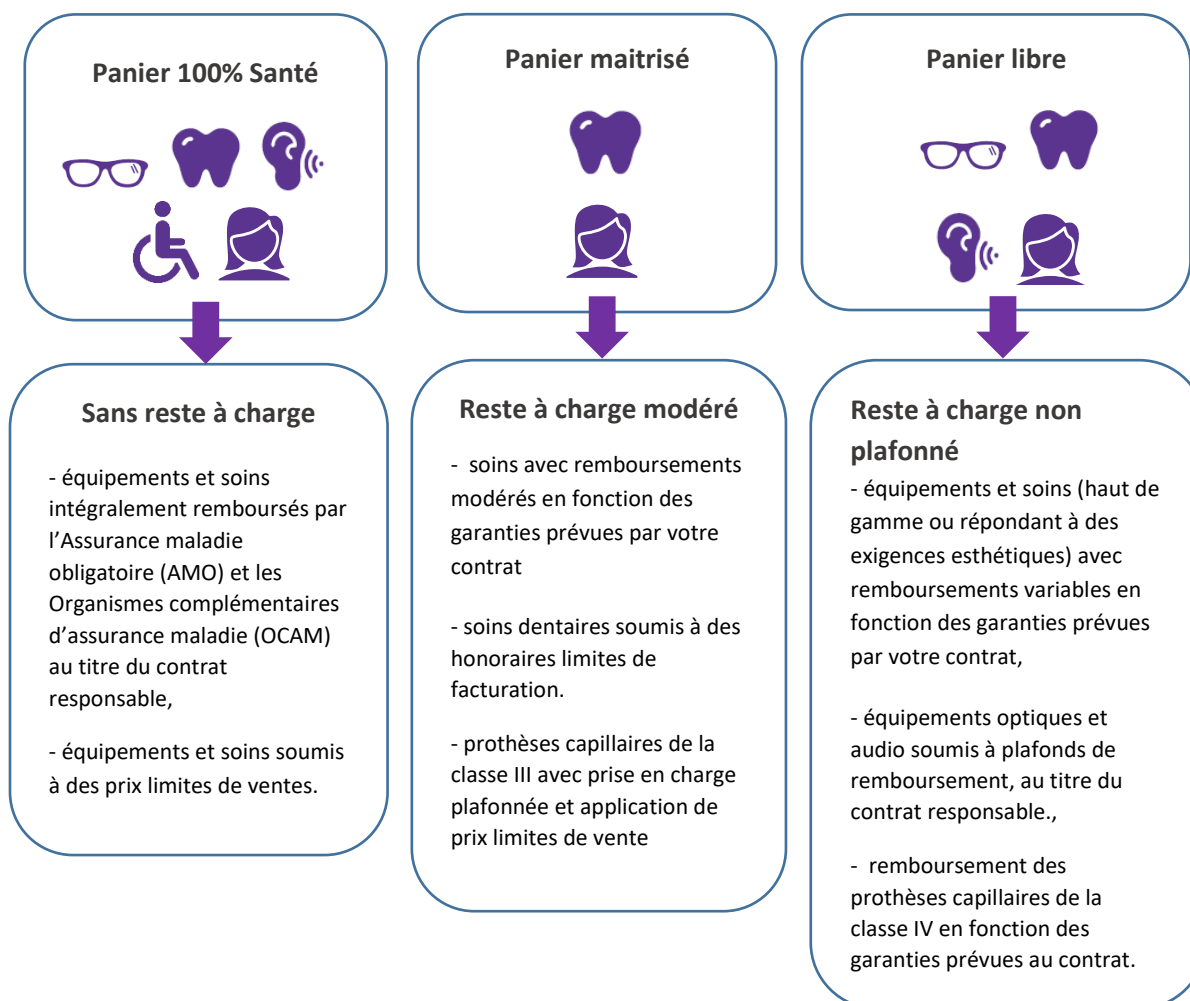
En revanche, ils restent libres d'opter pour des soins ou des équipements hors panier 100% santé.

Conditions d'éligibilité

- Être affilié à l'Assurance Maladie Obligatoire (AMO) ;
- Disposer d'un contrat de complémentaire santé responsable ;
- Respecter le parcours de soins coordonné lorsqu'il est applicable ;
- Choisir un équipement ou un soin appartenant au panier 100% Santé.

Le 100% santé en pratique

Une liberté de choix préservé : Pour chacun des secteurs (optique, dentaire, audiologie, prothèses capillaires et VPH), les assurés conservent la possibilité d'opter ou non pour des soins ou équipements du panier 100% Santé.



Pour l'optique et les aides auditives, les professionnels doivent systématiquement proposer aux assurés une offre sans reste à charge et, un devis doit obligatoirement être établi à cet effet.

Pour le dentaire, les chirurgiens-dentistes conventionnés doivent mentionner dans leur devis un plan de traitement « 100% santé » quand il existe.

Pour les prothèses capillaires, les distributeurs agréés doivent mettre à disposition des assurés au moins 15 modèles de prothèses (sélection de teintes, de longueurs, de types de cheveux et de coupes), de classe I ou II, correspondant aux besoins du patient, et notamment aux spécifications techniques particulières.¹

Pour les VPH, le distributeur transmet la prescription à l'AMO afin de solliciter l'accord de prise en charge. L'AMO dispose d'un délai de 15 jours à 2 mois pour répondre. Passé ce délai sans réponse, l'accord est réputé acquis².

100% santé et contrat responsable

Depuis le **1er décembre 2025 et le 1er janvier 2026**, le cahier des charges du contrat responsable a de nouveau été modifié afin d'intégrer les nouveaux dispositifs relatifs à certaines catégories de prothèses capillaires et de VPH. Dès lors, sont pris en charge au titre du contrat responsable :

- **L'intégralité de la participation des assurés** définie à l'article R.160-5 du code de la sécurité sociale (ticket modérateur).
Par exception, pour les frais de cure thermale, les dépenses de médicaments dont la prise en charge par l'assurance maladie est fixée à 15% ou à 30% ainsi que les spécialités et les préparations homéopathiques, le ticket modérateur est pris en charge uniquement si cela est prévu dans le tableau des garanties.
- Lorsque cette garantie est prévue dans le tableau des garanties, **les dépassements d'honoraires des médecins n'ayant pas adhéré à un des dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM, OPTAM-CO)** prévus par la convention nationale mentionnée à l'article L. 162-5 du code de la sécurité sociale, sous réserve de respecter la double limite réglementaire de prise en charge,
- **Le forfait journalier des établissements hospitaliers, sans limite de durée**, conformément à l'article L.174-4 du code de la sécurité sociale,
- **L'intégralité des frais exposés par l'assuré pour l'acquisition de dispositifs médicaux d'optique médicale, d'aides auditives, de soins dentaires prothétiques, de prothèses capillaires et de VPH appartenant à une classe à prise en charge renforcée (panier 100% santé)³.**

¹ Pour plus d'information rendez-vous sur le site AMELI : [Prise en charge des perruques et accessoires capillaires | ameli.fr | Assuré](https://www.ameli.fr/assuré).

² Pour plus d'information rendez-vous sur le site AMELI : [Prise en charge des fauteuils roulants ou véhicules pour personnes en situation de handicap \(VPH\) | ameli.fr | Assuré](https://www.ameli.fr/assuré)

³ **Optique - Panier 100% santé**

Liste des équipements entrant dans le panier 100% Santé (classe A) → *Arrêté du 3 décembre 2018 portant modification des modalités de prise en charge de dispositifs médicaux et prestations associées pour la prise en charge d'optique médicale au chapitre 2 du titre II de la liste prévue à l'article L. 165-1 (LPP) du code de la sécurité sociale.*

Prix limites de vente (PLV) → *Décision du 6 mars 2019 fixant les tarifs et les prix limites de vente au public (PLV) de dispositifs et de prestations d'optique médicale inscrits sur la liste prévue à l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale.*

Dentaire - Panier 100% santé

Liste des soins dentaires prothétiques entrant dans le panier 100% santé pour les contrats souscrits ou renouvelés entre le 1^{er} janvier 2020 et le 31 décembre 2020 puis pour les contrats souscrits ou renouvelés à compter du 1^{er} janvier 2021 → *Arrêté du 24*

Pour ces équipements et soins, les remboursements effectués par les organismes d'Assurance Maladie Obligatoire et les organismes de Complémentaire santé doivent respecter les prix limites de vente (PLV) déterminés par voie réglementaire et les honoraires limites de facturation (HLF) fixés par la convention nationale des chirurgiens-dentistes prévue à l'article L. 162-9 du Code de la sécurité sociale.

- Lorsque le contrat prévoit une prise en charge des frais exposés par l'assuré en sus des tarifs de responsabilité, **pour l'acquisition de dispositifs d'optique médicale, d'aides auditives, prothèses capillaires et VPH appartenant à une classe autre que celle à prise en charge renforcée (panier 100% santé)**, les remboursements santé sont conformes au tableau des garanties applicables et, en tout état de cause aux planchers et plafonds réglementaires et aux éventuels prix limites de vente.
- Lorsque le contrat prévoit une prise en charge des frais exposés par l'assuré en sus des tarifs de responsabilité, **pour les soins dentaires prothétiques appartenant à une classe autre que celle à prise en charge renforcée**

mai 2019 relatif aux soins prothétiques dentaires garantis sans reste à charge par les contrats d'assurance maladie complémentaire bénéficiant d'aides fiscales et sociales (Annexes I et II).

Honoraires limites de facturation (HLF) et liste des soins dentaires prothétiques entrant dans le panier 100% Santé (actes pour lesquels l'entente directe est limitée et sans reste à charge) → *Convention nationale organisant les rapports entre les chirurgiens-dentistes libéraux et l'assurance maladie signée le 21 juin 2018 (Annexes IV et V) et arrêté du 29 mars 2019 portant approbation des avenants 1 et 2 de la convention (rectificatif)*. Les actes du panier 100% santé sans honoraires limites de facturation sont pris en charge dans la limite du panier libre, tel que défini par le tableau des garanties souscrites auprès de la Mutuelle Familiale.

Audiologie - Panier 100% santé

Liste des aides auditives référencées par le Ministère de la santé

→ https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/tableau_de_referencement_des_aides_auditives_100_sante.pdf

Prix limites de vente (PLV) → *Avis relatif à la tarification des aides auditives visées à l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale.*

Prothèses capillaires – Panier 100% santé

Liste des dispositifs entrant dans le panier 100% Santé (classe I et II) → *Arrêté du 16 octobre 2025 portant modification des modalités de prise en charge des prothèses capillaires et accessoires inscrits au chapitre 2 du titre I de la liste prévue à l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale.*

Prix limites de vente (PLV) → *Avis relatif à la tarification des prothèses capillaires visées à l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale.*

Fauteuils roulants – Panier soins 100%

Liste des véhicules pour personnes en situation de handicap (VPH) entrant dans le panier 100% santé → *Arrêté du 6 février 2025 portant modification des modalités de prise en charge de dispositifs médicaux et prestations associées pour la prise en charge des véhicules pour personnes en situation de handicap (VPH) aux titres I et IV de la liste prévue à l'article L. 165-1 (LPP) du code de la sécurité sociale ;*

Arrêté du 31 mars 2025 portant modification des modalités de prise en charge de dispositifs médicaux et prestations associées pour la prise en charge des véhicules pour personnes en situation de handicap (VPH) au titre IV de la liste prévue à l'article L. 165-1 (LPP) du code de la sécurité sociale ;

Arrêté du 10 octobre 2025 portant modification des modalités de prise en charge de dispositifs médicaux et prestations associées pour la prise en charge des véhicules pour personnes en situation de handicap (VPH) aux titres I et IV de la liste des produits et prestations remboursables prévue à l'article L. 165-1 (LPP) du code de la sécurité sociale.

Prix limites de vente (PLV) → *Décision du 28 mai 2025 fixant les prix de cession en euros HT, les tarifs de responsabilité et les prix limites de vente au public (PLV) en euros TTC des véhicules pour personnes en situation de handicap (VPH) et des prestations associées inscrits aux titres I et IV sur la liste des produits et prestations remboursables prévue à l'article L. 165-1 (LPP) du code de la sécurité sociale, publiée au Journal officiel du 17 juillet 2025.*

Avis du 17 juillet 2025 relatif à la tarification des véhicules pour personnes en situation de handicap (VPH) et des prestations associées inscrits aux titres I et IV sur la liste des produits et prestations remboursables prévue à l'article L. 165-1 (LPP) du code de la sécurité sociale

(panier 100% santé), les remboursements sont conformes au tableau des garanties applicables. Cependant, pour les actes pour lesquels l'entente directe est limitée (panier maîtrisé)⁴, les montants de remboursements ne peuvent excéder les honoraires limites de facturation (HLF) fixés par la convention nationale des chirurgiens-dentistes.



Précisions relatives au renouvellement des équipements d'optique médicale

La prise en charge est limitée à un équipement (2 verres + 1 monture) tous les deux (2) ans, sauf pour les enfants de moins de 16 ans pour lesquels un équipement peut être remboursé tous les ans.

Pour les enfants jusqu'à 6 ans, le renouvellement de la prise en charge d'un équipement est possible au terme d'une période minimale de 6 mois uniquement en cas de mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage entraînant une perte d'efficacité du verre correcteur.

Le renouvellement anticipé de l'équipement est possible en cas d'évolution de la vue ou en cas d'évolution de la réfraction liée à des situations médicales particulières, tels que défini par arrêté⁵.

L'appréciation des périodes susmentionnées se fait à partir de la dernière facturation d'un équipement d'optique médicale ayant fait l'objet d'une prise en charge par l'assurance maladie obligatoire.

A noter : en cas de modification des garanties, il est tenu compte des éventuelles prises en charge effectuées au cours des années antérieures.



Précisions relatives au renouvellement des aides auditives

La prise en charge est limitée à une aide auditive par oreille par période de quatre (4) ans⁶. L'appréciation de la période susmentionnée se fait à partir de la dernière facturation d'un appareil ayant fait l'objet d'une prise en charge par l'assurance maladie obligatoire.

Le délai sera apprécié distinctement pour chacun des équipements correspondant à chaque oreille.

⁴ Dentaire - Panier maîtrisé

Honoraires limites de facturation (HLF) et liste des soins dentaires prothétiques entrant dans le panier maîtrisé (actes pour lesquels l'entente directe est limitée) → *Convention nationale organisant les rapports entre les chirurgiens-dentistes libéraux et l'assurance maladie signée le 21 juin 2018 (Annexes IV et V) et arrêté du 29 mars 2019 portant approbation des avenants 1 et 2 de la convention (rectificatif)*. Les actes du panier maîtrisé sans honoraires limites de facturation sont pris en charge dans la limite du panier libre, tel que défini par le tableau des garanties souscrites auprès de la Mutuelle Familiale.

⁵ *Arrêté du 3 décembre 2018 portant modification des modalités de prise en charge de dispositifs médicaux et prestations associées pour la prise en charge d'optique médicale au chapitre 2 du titre II de la liste prévue à l'article L. 165-1 (LPP) du code de la sécurité sociale*

⁶ *Arrêté du 14 novembre 2018 portant modification des modalités de prise en charge des aides auditives et prestations associées au chapitre 3 du titre II de la liste des produits et prestations prévue à l'article L. 165-1 du code de la Sécurité sociale.*

A noter : en cas de changement de garanties, il est tenu compte des éventuelles prises en charge effectuées au cours des quatre années antérieures.



Précisions relatives au renouvellement des prothèses capillaires

Seuls les renouvellements de délivrance peuvent bénéficier de la vente à distance sans essai.



Précisions relatives au renouvellement des VPH

Le renouvellement de la prise en charge d'un fauteuil roulant d'une même catégorie (d'une classe donnée) ne peut pas intervenir avant :

- Une période de 5 ans pour les assurés de plus de 16 ans,
- Une période de 3 ans pour les enfants de moins de 16 ans.

La date à retenir est celle de délivrance du fauteuil précédent, y compris lorsque celle-ci a été précédée d'une période de location de courte durée ayant conduit à l'option d'achat.

Lorsque le modèle choisi est différent de celui précédemment délivré, les règles applicables en matière de prescription et de délivrance sont celles prévues pour une première acquisition d'un fauteuil roulant.



Mutuelle régie par le livre II
du Code de la mutualité.
SIREN n°784 442 915

SIÈGE SOCIAL
52, RUE D'HAUTEVILLE
75487 PARIS CEDEX 10