

LES EXEMPLES DE REMBOURSEMENTS	OPTION 1	OPTION 2	OPTION 3	OPTION 4	OPTION 5	COMFORT
	100%	125%	150%	175%	230%	300%
Dépense Médecin	25,00 €	25,00 €	25,00 €	25,00 €	25,00 €	25,00 €
Consultation généraliste dans le cadre OPTAM et OPTAM-CO (BRSS 25€)						
Sécurité sociale	16,50 €	16,50 €	16,50 €	16,50 €	16,50 €	16,50 €
TEPEE SANTE	7,50 €	7,50 €	7,50 €	7,50 €	7,50 €	7,50 €
Reste à charge	1,00 €					
Dépense Spécialiste (consultations du médecin correspondant pour suivi régulier)	50,00 €					
Consultation spécialiste dans le cadre OPTAM et OPTAM-CO (BRSS 30€)						
Sécurité sociale	20,00 €	20,00 €	20,00 €	20,00 €	20,00 €	20,00 €
TEPEE SANTE	9,00 €	16,50 €	24,00 €	29,00 €	29,00 €	29,00 €
Reste à charge	21,00 €	13,50 €	6,00 €	1,00 €	1,00 €	1,00 €
Dépense Spécialiste (Secteur 2)	100,00 €					
Consultation spécialiste hors cadre OPTAM et OPTAM-CO (BRSS 23€)						
Sécurité sociale	15,10 €	15,10 €	15,10 €	15,10 €	15,10 €	15,10 €
TEPEE SANTE	6,90 €	6,90 €	13,80 €	19,55 €	29,90 €	52,90 €
Reste à charge	78,00 €	78,00 €	71,10 €	65,35 €	55,00 €	32,00 €
Dépense chambre particulière (1 nuit)	90,00 €					
Chambre particulière (hospitalisation)						
Sécurité sociale	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
TEPEE SANTE	0,00 €	60,00 €	60,00 €	70,00 €	80,00 €	90,00 €
Reste à charge	90,00 €	30,00 €	30,00 €	20,00 €	10,00 €	0,00 €
Dépense Dentaire	400,00 €					
Couronne dentaire (BRSS 107,5€)						
Sécurité sociale	75,25 €	75,25 €	75,25 €	75,25 €	75,25 €	75,25 €
TEPEE SANTE	32,25 €	86,00 €	139,75 €	166,62 €	220,37 €	247,25 €
Reste à charge	292,50 €	238,75 €	185,00 €	158,13 €	104,38 €	77,50 €
Dépense Optique	250,00 €					
Monture et verres simples						
Sécurité sociale	4,45 €	4,45 €	4,45 €	4,45 €	4,45 €	4,45 €
TEPEE SANTE	2,97 €	125,00 €	150,00 €	200,00 €	245,55 €	245,55 €
Reste à charge	242,58 €	120,55 €	95,55 €	45,55 €	0,00 €	0,00 €
Dépense Optique	450,00 €					
Monture et verres complexes						
Sécurité sociale	10,49 €	10,49 €	10,49 €	10,49 €	10,49 €	10,49 €
TEPEE SANTE	6,99 €	200,00 €	275,00 €	350,00 €	375,00 €	400,00 €
Reste à charge	432,52 €	239,51 €	164,51 €	89,51 €	64,51 €	39,51 €



Devis Tepee Santé



TEPEE • Société de courtage d'assurances • SARL au capital de 20 000 € • Siège social : 47 Place Alphonse Fiquet 80011 Amiens • Rcs Amiens 845 006 402 • Immatriculée à l'Orias sous le N° 19000807 • www.orias.fr • Assurances de Responsabilité Civile Professionnelle et garantie financière conforme aux articles L530-1/L530-2 du code des Assurances • Sous le contrôle de l'ACPR, 4, Place de Budapest, CS 92459, 75436 Paris Cedex 09 • https://acpr.banque-france.fr • www.tepee.eu • En cas de réclamation, merci d'écrire à réclamation TEPEE : 47 Place Alphonse Fiquet 80011 Amiens • ou par mail : réclamations@tepee.eu • Pour prendre connaissance de la liste de vos droits issus de la loi Informatique et Liberté du 6 janvier 1978 et du règlement (UE) 2016/679 du 27 avril 2016, consulter les mentions légales sur le site https://www.tepee.eu/fr/mentions-legales.

TEPEE SANTE						
Les taux de remboursement indiqués ci-après sont exprimés en pourcentage de la base de remboursement du régime obligatoire : ils incluent le remboursement de cet organisme. Toutefois les remboursements exprimés en euros interviennent en complément du régime obligatoire.						
À PARTIR DE 18 ANS	OPTION 1	OPTION 2	OPTION 3	OPTION 4	OPTION 5	CONFORT
	90 ans	90 ans	90 ans	90 ans	85 ans	85 ans
HOSPITALISATION						
Etablissement conventionné						
Forfait journalier hospitalier (hors établissements médico-sociaux)	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
	DPTM 100%	125%	150%	175%	230%	300%
	HORS DPTM 100%	100%	130%	155%	200%	300%
Honoraires						
Frais de séjour (médecine, chirurgie et maternité) (1)	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Chambre particulière (1)	-	60 €	60 €	70 €	80 €	90 €
Lit d'accompagnement - maxi 15 jours par an (nuitée en milieu hospitalier ou foyer « accueil famille »)	-	20€ / jour				
Téléphone Internet télévision (maxi 15 jours par an)	-	5€ / jour	5€ / jour	10€ / jour	10€ / jour	10€ / jour
Hospitalisation à domicile	100%	125%	150%	175%	230%	300%
Etablissement non conventionné						
Forfait journalier hospitalier (hors établissements médico-sociaux)	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Honoraires	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Frais de séjour (médecine, chirurgie et maternité)	100%	100%	100%	100%	100%	100%
SOINS COURANTS						
Honoraires médicaux						
Honoraires médicaux spécialistes et généralistes	DPTM 100%	125%	150%	175%	230%	300%
	HORS DPTM 100%	100%	130%	155%	200%	300%
Actes techniques médicaux (ATM)	DPTM 100%	100%	120%	130%	180%	200%
	HORS DPTM 100%	100%	100%	110%	160%	200%
Imagerie médicale : actes d'imagerie (ADI), actes d'échographie (ADE)	DPTM 100%	125%	150%	175%	230%	300%
	HORS DPTM 100%	100%	130%	155%	200%	300%
Honoraires paramédicaux	DPTM 100%	100%	120%	130%	180%	200%
	HORS DPTM 100%	100%	100%	110%	160%	200%
Analyses médicales et examens de laboratoire	DPTM 100%	100%	120%	130%	180%	200%
	HORS DPTM 100%	100%	100%	110%	160%	200%
Médicaments	100%	100%	100%	100%	100%	100%
- Remboursés par la Sécurité sociale, y compris l'homéopathie	100%	100%	100%	100%	100%	100%
- Non remboursés par la Sécurité sociale, sur prescription (y compris vaccins, contraceptifs) et Homéopathie	-	20€ / an	30€ / an	40€ / an	50€ / an	60€ / an
Matériel médical figurant sur la liste LPPR	100%	100% + 30€	100% + 75€	100% + 100€	100% + 125€	100% + 200€
PREVENTION ET BIEN ETRE						
Prise en charge de l'ensemble des actes de prévention prévus dans le cadre du contrat responsable (arrêté ministériel du 8 juin 2006)	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Médecine naturelle : ostéopathe, chiropracteur, étioopathe, homéopathe, acupuncteur, mésothérapeute, réflexologue, pédicure, podologue, diététicien (les praticiens doivent être titulaires d'un n° ADEL) : au maximum 35€ / consultation / an	-	60€ / an	70€ / an	105€ / an	140€ / an	140€ / an
OPTIQUE						
Équipement « 100% santé » (verres et monture de classe A)*	Prise en charge intégrale dans la limite des PLV					
Équipement à tarifs libres (verres et monture de classe B)	LES FORFAITS CI-DESSOUS S'ENTENDENT Y COMPRIS LES PRESTATIONS VERSEES PAR LA SECURITE SOCIALE					
Forfait Optique équipement complet remboursé par la Sécurité sociale (2 verres + monture) (2)						
Équipement 2 verres unifocaux simples	100%	125 €	150 €	200 €	250 €	300 €
Bonus fidélité : à compter de la 3 ^{ème} année le forfait est de :	-	150 €	200 €	250 €	300 €	400 €
Équipement verre unifocal simple + verre unifocal forte correction ou verre multifocal/ progressif simple	100%	200 €	275 €	350 €	375 €	400 €
Bonus fidélité : à compter de la 3 ^{ème} année le forfait est de :	-	250 €	350 €	400 €	425 €	450 €
Équipement 2 verres parmi unifocaux fortes corrections ou multifocaux/progressifs simples	100%	200 €	275 €	350 €	375 €	400 €
Bonus fidélité : à compter de la 3 ^{ème} année le forfait est de :	-	250 €	350 €	400 €	425 €	450 €
Équipement verre unifocal simple + verre multifocal/progressif forte correction	100%	200 €	275 €	350 €	375 €	400 €
Bonus fidélité : à compter de la 3 ^{ème} année le forfait est de :	-	250 €	350 €	400 €	425 €	450 €
Équipement verre parmi unifocal forte correction ou multifocal/progressif simple + verre multifocal/progressif forte correction	100%	200 €	275 €	350 €	375 €	400 €
Bonus fidélité : à compter de la 3 ^{ème} année le forfait est de :	-	250 €	350 €	400 €	425 €	450 €
Équipement 2 verres multifocaux/progressifs fortes corrections	100%	200 €	275 €	350 €	375 €	400 €
Bonus fidélité : à compter de la 3 ^{ème} année le forfait est de :	-	250 €	350 €	400 €	425 €	450 €
Un remboursement de lunettes pouvant aller jusqu'aux frais réels, sur une sélection de montures et de verres, auprès du réseau d'opticiens, dans la limite des PLV pour la partie relevant de la classe A et des plafonds définis par les contrats responsables pour la partie relevant de la classe B.						
Équipement mixte (panachage verres / monture de classe A ou B)	Prise en charge selon les forfaits définis ci-dessus comprenant une prise en charge intégrale à hauteur des PLV pour la partie relevant de la classe A					
Lentilles prescrites remboursées ou non par la Sécurité sociale	-	100€ / an	150€ / an	200€ / an	250€ / an	300€ / an
Chirurgie réfractive de l'œil	-	125€ / an	175€ / an	225€ / an	275€ / an	300€ / an

DENTAIRE						
Prise en charge intégrale dans la limite des HLF						
Soins et prothèses « 100% santé »*	Prise en charge selon les prestations définies ci-dessous, dans la limite des HLF pour le panier maîtrisé					
Soins et prothèses « tarifs maîtrisés » et « tarifs libres »	100%	100%	125%	150%	200%	250%
Soins	100%	100%	125%	150%	200%	250%
Prothèses	100%	100%	125%	150%	200%	250%
Prothèses remboursées par la Sécurité sociale	100%	150%	200%	225%	275%	300%
Bonus fidélité : à compter de la 3 ^{ème} année	-	175%	225%	275%	300%	325%
Inlay-core, prothèses provisoires remboursées par la Sécurité sociale	100%	100%	125%	150%	200%	250%
Orthodontie remboursée par la Sécurité sociale	100%	125%	200%	250%	300%	350%
Travaux dentaires non remboursés par la Sécurité sociale (implantologie non remboursée, orthodontie non prise en charge)	-	180€ / an	240€ / an	275€ / an	320€ / an	400€ / an
<i>Plafond de remboursement (sur l'ensemble du poste dentaire hors soins) – au-delà, la prise en charge est limitée au ticket modérateur par année ou aux HLF le cas échéant, d'échéance à échéance par bénéficiaire :</i>						
- 1 ^{ère} et 2 ^{ème} années d'adhésion	-	600€ / an	800€ / an	1 000€ / an	1 200€ / an	1 400€ / an
- dès la 3 ^{ème} année d'adhésion	-	1 000€ / an	1 000€ / an	1 200€ / an	1 400€ / an	1 600€ / an
AIDES AUDITIVES						
Appareil auditif remboursé par la Sécurité sociale (par année d'échéance à échéance et par appareil)	100%	100% + 120€	100% + 180€	100% + 270€	100% + 360€	100% + 500€
Le poste Aides auditives sera concerné par la réforme du 100% santé à compter du 1er janvier 2021 avec la distinction entre la Classe I (offre 100% santé) et la Classe II (offre à tarifs libres).						
CURE THERMALE						
Remboursée par la Sécurité sociale (y compris transport et hébergement)	100%	100% + 50€	100% + 100€	100% + 150€	100% + 200€	100% + 250€
DIVERS						
Transport remboursé par la Sécurité sociale	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Forfait actes "lourds"	Pris en charge	Pris en charge	Pris en charge	Pris en charge	Pris en charge	Pris en charge
SERVICES INCLUS						
My prévention (SIACI SAINT HONORE)	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
Tiers payant (ALMERYS)	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
Telemedecine (SANTECLAIR)	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
Réseaux de soins (SANTECLAIR)	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
Décompte en ligne (VIVINTER)	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui

* tels que définis réglementairement.

(1) Les frais de séjour et la chambre particulière sont limités à 30 jours / an / bénéficiaire pour les séjours en psychiatrie (PSY) et 90 jours / an / bénéficiaire pour les séjours en maison de repos, de rééducation ou de convalescence (SSR).

Au delà, les frais de séjour sont pris en charge à hauteur de 100% de la base de remboursement de la Sécurité sociale.

Pour les séjours en maison de repos, de rééducation ou de convalescence (SSR) la chambre particulière n'est prise en charge que s'ils font suite à une hospitalisation.

(2) Limité à la prise en charge d'un équipement (1 monture + 2 verres) tous les 2 ans sauf en cas de renouvellement anticipé prévu à l'Article L165-1 du Code de la Sécurité sociale, pour les moins de 16 ans, en cas d'évolution de la vue ou en présence de certaines pathologies (sur présentation d'une nouvelle prescription médicale portant une correction différente de la précédente ou de la prescription initiale comportant les mentions portées par l'opticien en application de l'article R165-1 du Code de la Sécurité sociale).

La limitation de 2 ans s'apprécie à compter de la date de délivrance du précédent équipement, c'est à dire la date de soins retenue par la Sécurité sociale sur ses décomptes.

La prise en charge de deux équipements sur la période de 2 ans est possible pour les bénéficiaires présentant un déficit de vision de près et un déficit de vision de loin (deux équipements corrigeant chacun un des deux déficits précités) et ceux présentant une amblyopie et/ou un strabisme nécessitant une pénalisation optique (deux équipements de corrections différentes à porter en alternance).

Les règles de couverture définies par les garanties et les contrats responsables s'appliquent à chacun des équipements considérés individuellement.

Les prestations sont versées dans le respect des minima et maxima définis par la réglementation.

Les suppléments et prestations optiques (adaptation de la correction, appairage, filtre, autres suppléments) sont pris en charge intégralement dans la limite des PLV pour les verres de classe A et à hauteur du ticket modérateur pour les verres de classe B et les verres de classe A lorsqu'il n'existe pas de PLV.

La prise en charge de la monture est limitée à 100 € maximum.

FR : Frais Réels **BR(R)** : Base de Remboursement (Reconstituée) de la Sécurité sociale **TFR** : Tarif Forfaitaire de Responsabilité de la Sécurité sociale (en vigueur depuis le 08/09/2003)

TM : Ticket Modérateur, différence entre la base de remboursement de la Sécurité sociale et le montant qu'elle rembourse **TC** : Tarif de Convention de la Sécurité sociale **TA** : Tarif d'Autorité, sur la base duquel s'effectue le calcul du remboursement d'un acte médical dispensé par un médecin non conventionné **LPPR** : Liste des Produits et des Prestations Remboursables **PMSS** : Plafond Mensuel de la Sécurité sociale en vigueur au 1er janvier de l'année de l'évènement **DPTM** : Dispositifs de Pratique Tarifaire Maîtrisée (CAS, OPTAM, OPTAM-CO) **CAS** : Contrat d'accès aux soins **OPTAM** : Option de Pratique Tarifaire Maîtrisée **OPTAM-CO** : Option de Pratique Tarifaire Maîtrisée en Chirurgie Obstétrique **HLF** : Honoraires limites de facturation **PLV** : Prix limites de vente

Les prestations faisant référence aux DPTM visent aussi bien le CAS que l'OPTAM et l'OPTAM-CO (nouvelles options de pratique tarifaire maîtrisée mises en place à compter du 1er janvier 2017 et destinées à remplacer le CAS). Le CAS, l'OPTAM et l'OPTAM-CO sont donc désormais regroupés sous le terme général de Dispositifs de Pratique Tarifaire Maîtrisée ou DPTM.

Sont pris en charge par la Mutuelle, dans les limites et plafonds définis par la grille :

- Les soins remboursés par la Sécurité sociale tels que définis à l'article R871-2 1° du Code de la Sécurité sociale, sous réserve de l'obligation de prise en charge minimale du ticket modérateur.
- Les dépassements tarifaires des médecins n'ayant pas adhéré à un DPTM prévu par la convention nationale mentionnée à l'article L162-5 du Code de la Sécurité sociale dans la double limite de 100% du tarif opposable et du montant pris en charge pour les médecins adhérents à un DPTM minoré d'un montant égal à 20% du tarif opposable.
- Les équipements optique (verres et monture) dans le respect des minima et maxima définis par l'article R871-2 3°.
- Les frais de soins dentaires prothétiques dans la limite des honoraires de facturation et les équipements optique dans la limite des prix de vente définis dans le cadre de la réforme 100% Santé.

Ne sont pas prises en charge par la Mutuelle, la participation forfaitaire à la charge du membre participant (1 €), les majorations (dépassement autorisé d'honoraires, majoration du ticket modérateur) prévues réglementairement hors parcours de soins coordonnés, les franchises médicales à la charge du membre participant (0,50 € / boîte de médicaments / acte d'auxiliaires médicaux, 2 € / transport).

Nom : _____
 Prénom : _____
 Date : ____ / ____ / ____

OPTION 1	OPTION 2	OPTION 3	OPTION 4	OPTION 5	CONFORT