

ANNEXE. PRESTATIONS

P1042
A1254R
A1593R

	Remboursement Régime Obligatoire *	Remboursement MUTUELLE 403*	Remboursement Total *
➤ SOINS COURANTS		OPTAM/ OPTAMCO Non OPTAM/ OPTAMCO	OPTAM/ OPTAMCO Non OPTAM/ OPTAMCO
Honoraires médicaux			
Consultations et visites généralistes	70 %	30 %	100 %
Consultations et visites spécialistes	70 %	30 %	100 %
Médecins non conventionnés	70 %	30 %	100 %
Actes de chirurgie en cabinet	70 %	30 %	100 %
Actes techniques médicaux	70 %	30 %	100 %
Actes d'imagerie médicale	70 %	30 %	100 %
Actes d'échographie	70 %	30 %	100 %
Télésurveillance médicale	60 %	40 %	100 %
Transports	55 %	45 %	100 %
Analyses et examens de laboratoire	70 % / 60 %	30 % / 40 %	100 %
Honoraires paramédicaux			
Infirmiers, masseurs, kinésithérapeutes, orthophonistes, orthoptistes et pédicures-podologues	60 %	40 %	100 %
Psychologues remboursés RO (8 séances /an)	60 %	40 %	100 %
Médicaments	65 % / 30 % / 15 %	35 % / 70 % / 85 %	100 %
Matériel médical :			
Véhicule pour handicapé physique (VHP) ¹	70 % / 100 %	30 % / -	100 %
Appareillages hors VHP et accessoires médicaux / orthopédie	60 % / 100 %	40 % / -	100 %
➤ OPTIQUE - à compter de la date d'acquisition limité à 1 équipement (1 monture + 2 verres) tous les 2 ans ou tous les ans en cas de renouvellement anticipé prévu à l'article L 165-1 du Code de la sécurité sociale, notamment pour les moins de 16 ans et en cas d'évolution de la vue.			
Equipements 100 % Santé ***			
Monture et verres de Classe A	60 %	100 % PLV ⁽²⁾ - RO	100 % PLV
Suppléments et prestations optiques	60 %	100 % PLV - RO	100 % PLV
Equipements hors 100 % Santé (classe B) - Les remboursements en euros s'entendent « Remboursement Régime Obligatoire inclus » Remboursement limité à 100 €/monture, 210 €/verre simple.			
Monture - Verres à tarifs libres	60 %	Forfait : 229 € ^{TM inclus**} - RO	229 €
Suppléments et prestations optiques à tarifs libres	60 %	40 %	100 %
Lentilles acceptées ou refusées RO	60 % / -	Forfait annuel : 120 €	RO + 120 € /an
➤ DENTAIRE			
Soins et prothèses 100 % Santé ***			
	60 % / 70 %	100 % HLF ⁽²⁾ - RO ⁽³⁾	100 % HLF
⁽³⁾ Cette garantie comprend la prise en charge des frais de soins dentaires prothétiques définis par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale dans la limite des honoraires de facturation fixés et sous déduction du Montant Remboursé par la Sécurité sociale.			
Soins et prothèses hors 100 % Santé			
Consultations et soins	60 % / 70 %	40 % / 30 %	100 %
Inlay-core	60 % / 70 %	215 % / 205 %	275 %
Prothèse dentaire remboursable	60 % / 70 %	215 % / 205 %	275 %
Bridges et prothèses amovibles	60 % / 70 %	215 % / 205 %	275 %
Orthodontie acceptée	60 % / 100 %	245 % / 205 %	305 %
➤ AIDES AUDITIVES - le renouvellement de la prise en charge d'une aide auditive ne peut intervenir avant une période de 4 ans suivant la date d'acquisition de l'aide auditive précédente. Ce délai de renouvellement s'entend pour chaque oreille indépendamment.			
Appareillage auditif 100 % Santé ***			
	60 % / 100 %	100 % PLV - RO	100 % PLV
Appareillage auditif hors 100 % Santé - remboursement limité à 1700 € /appareillage auditif (RO + Mutuelle 403)			
Prothèses auditives	60 % / 100 %	40 % / - + Forfait /prothèse : 305 €	100 % + 305 € /prothèse
Prestations annexes (consommables, piles, accessoires)	60 %	40 %	100 %
➤ CURE			
Honoraires de surveillance (hors pratiques complémentaires)	70 %	30 %	100 %
Forfait thermal - Frais d'hébergement -Transport	55 % / 65 %	107 €	RO + 107 €

(1) Au sens de la nomenclature LPP

(2) PLV : Prix Limite de Vente - HLF : Honoraires Limite de Facturation

	Remboursement Régime Obligatoire *	Remboursement MUTUELLE 403*	Remboursement Total *
➤ HOSPITALISATIONS			
		OPTAM/ OPTAMCO	Non OPTAM/ OPTAMCO
		OPTAM/ OPTAMCO	Non OPTAM/ OPTAMCO
▪ MEDICALE			
Frais de séjour	80 % / 100 %	20 % / -	100 %
Soins et honoraires	80 % / 100 %	20 % / -	100 %
Transports	55 %	45 %	100 %
▪ CHIRURGICALE			
Frais de séjour	80 % / 100 %	20 % / -	100 %
Soins et honoraires	80 % / 100 %	50 % / 30 % 30 % / 10 %	130 % 110 %
Transports	55 %	45 %	100 %
▪ OBSTETRIQUE			
Frais de séjour	100 %	-	100 %
Soins et honoraires	100 %	-	100 %
Transports	55 %	45 %	100 %
Forfait journalier hospitalier	-	Frais réels	Frais réels
Chambre particulière hors ambulatoire	-	46 € /jour	46 € /jour
Chambre particulière en ambulatoire	-	20 € /jour	20 € /jour
Frais d'accompagnant – enfant de moins de 12 ans <i>(dès la 1^{ère} nuit pour une hospitalisation d'au moins 3 nuits et pour une durée maximale de 30 nuits)</i>	-	13 € /nuit	13 € /nuit
▪ Séjours en Maisons ou Services de Repos et de convalescence, séjour en Centres ou Services de Rééducation fonctionnelle ou de moyen séjour, en Etablissements Psychiatriques, et en Etablissements climatiques de pneumologie et sanatoriums pour adulte			
Frais de séjour	80 % / 100 %	20 % / -	100 %
Soins et honoraires	80 % / 100 %	20 % / -	100 %
Transports	55 %	45 %	100 %
Forfait journalier hospitalier	-	Frais réels	Frais réels
Chambre particulière (pendant 60j par année civile)	-	46 € /jour	46 € /jour
▪ Etablissements médico-sociaux : Séjours en Maisons d'Enfants spécialisées et Etablissements Climatiques pour enfants et adolescents, en Centres ou Maisons d'accueil pour handicapés enfants et adultes, en Maisons de régime et de Diététique et en Centres de post-cure pour alcooliques et toxicomanes			
Frais de séjour	80 % / 100 %	20 % / -	100 %
Soins et honoraires	80 % / 100 %	20 % / -	100 %
Transports	55 %	45 %	100 %
➤ PARTICIPATION FORFAITAIRE			
<i>Participation laissée à la charge de l'assuré par l'Assurance Maladie Obligatoire, sur certains actes d'un tarif égal ou supérieur à 120 €</i>	-	OUI	OUI
➤ FORFAIT PATIENT URGENCES			
<i>Participation laissée à la charge de l'assuré pour chaque passage aux Urgences non suivi d'une hospitalisation</i>	-	OUI	OUI
➤ LES PLUS			
Forfait Naissance :			
Naissance, adoption plénière (enfant de moins de 16 ans)	-	153 €	153 €
Forfait par enfant	-		
Allocation aux frais d'obsèques :			
Versée sur présentation de la facture acquittée par une tierce personne, après le décès du bénéficiaire âgé de 12 ans et plus	-	305 €	305 €
Service de téléconsultation Medaviz	-	OUI	OUI
➤ PREVENTION			
Prestations de prévention prévues à l'article 1 ^{er} de l'arrêté du 8 juin 2006	65 % / 70 %	35 % / 30 %	100 %

* % du tarif de responsabilité du Régime Obligatoire (RO) ou forfait dans la limite des frais engagés

** TM : ticket modérateur

***Equipements, Soins et prothèses à prise en charge renforcée tels que défini dans le décret 2019-21 du 11 janvier 2019

Exemples de Remboursement¹

P1042

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 (AMC)	Reste à charge
Hospitalisation					
Forfait journalier hospitalier (hébergement)	20 € (15 € en service psychiatrique)	0 €	0 €	20 € (15 €)	0 €
Chambre particulière (sur demande du patient)	Non connu (NC)	Non remboursé	Non remboursé	46,00 €	Selon les frais engagés
Séjours avec actes lourds					
L'hôpital public inclut la rémunération des praticiens dans les frais de séjour, alors que leurs honoraires sont facturés séparément dans le secteur privé					
Exemple d'une opération chirurgicale de la cataracte, en secteur privé					
Frais de séjour	Différent selon public/privé	BR	BR - 24 €	24 €	0 €
Frais de séjour en secteur privé	794,12 €	794,12 €	770,12 €	24 €	0 €
Honoraires médecins adhérents OPTAM ou OPTAM-CO	Dépassements maîtrisés	BR	100 % BR	Dépassements si prévu au contrat	Selon contrat
Opération en secteur privé : honoraires chirurgien	422,00 €	271,70 €	271,70 €	81,51 €	68,79 €
Honoraires 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
Opération en secteur privé : honoraires chirurgien	463,00 €	271,70 €	271,70 €	27,17 €	164,13 €
Séjours sans acte lourd					
L'hôpital public inclut la rémunération des praticiens dans les frais de séjour, alors que leurs honoraires sont facturés séparément dans le secteur privé					
Exemple d'un suivi d'une pneumonie ou pleurésie pour un patient de plus de 17 ans, en hôpital public					
Frais de séjour	Différent selon public/privé	BR	80 % BR	20 % BR	0 €
Frais de séjour en secteur public	3344,37 €	3344,37 €	2675,50 €	668,87 €	0 €

Contrat d'assurance santé responsable ²	Tarif le plus souvent facturé, ou tarif réglementé	Base de remboursement de la sécurité sociale (BR) ³	Remboursement AMO (Assurance maladie obligatoire)	Remboursement AMC (Assurance maladie complémentaire)	Reste à charge
Soins courants					
Honoraires médecins secteur 1 (généralistes ou spécialistes)	Tarif de convention	BR	70 % BR – 1 €	30 % BR	1 € de participation forfaitaire
<i>Ex : consultation médecin traitant généraliste pour un patient de plus de 18 ans Ex : consultation pédiatre pour enfant de 2 à 6 ans Ex : consultation médecin spécialiste pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie obstétrique, ophtalmologie, dermatologie, etc...)</i>	26,50 € 33,50 € 31,50 €	26,50 € 33,50 € 31,50 €	17,55 € 23,45 € 21,05 €	7,95 € 10,05 € 9,45 €	1 € de participation forfaitaire 0 € 1 € de participation forfaitaire
Honoraires médecins adhérents OPTAM ou OPTAM-CO	Dépassements maîtrisés	BR	70 % BR – 1 €	30 % BR + dépassement si prévu au contrat	1 € de participation forfaitaire plus dépassement selon contrat
<i>Ex : consultation pédiatre pour enfant de 2 à 6 ans Ex : consultation médecin spécialiste pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie obstétrique, ophtalmologie, dermatologie, etc...)</i>	49,00 € 52,00 €	33,50 € 31,50 €	23,45 € 21,05 €	10,05 € 9,45 €	15,50 € 21,50 €
Honoraires médecins secteur 2 (non adhérents OPTAM ou OPTAM-CO)	Honoraires libres	BR	70 % BR – 1 €	30 % BR + dépassement si prévu au contrat (remboursement des dépassements plafonné à 100 % BR)	1 € de participation forfaitaire, plus dépassement selon contrat
<i>Ex : consultation pédiatre pour enfant de 2 à 16 ans Ex : consultation médecin spécialiste pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie obstétrique, ophtalmologie, dermatologie, etc...)</i>	64,00 € 65,00 €	23,00 € 23,00 €	16,10 € 15,10 €	6,90 € 6,90 €	41,00 € 43,00 €
Matériel médical	Tarif moyen facturé	BR	60 % BR	40 % BR + dépassement si prévu au contrat	Selon contrat
<i>Ex : achat d'une paire de béquilles</i>	25,99 €	24,40 €	14,64 €	9,76 €	1,59 €

Contrat d'assurance santé responsable ²	Tarif le plus souvent facturé, ou tarif réglementé	Base de remboursement de la sécurité sociale (BR) ³	Remboursement AMO (Assurance maladie obligatoire)	Remboursement AMC (Assurance maladie complémentaire)	Reste à charge
Dentaire					
Soins et prothèses 100% santé	Honoraire limite de facturation (HLF)	BR	60 %* BR	40 %* BR + dépassement dans la limite du plafond des honoraires	0 €
Ex : pose d'une couronne céramo-métallique sur incisives, canines et premières prémolaires	500,00 €	120,00 €	72,00 €	428,00 €	0 €
Soins (hors 100% santé)	Tarif de convention	BR	60 %* BR	40 %* BR + dépassement si prévu au contrat	Selon contrat
Ex : détartrage	43,38 €	43,38 €	26,03 €	17,35 €	0 €
Prothèses (hors 100% santé)	Prix moyen national	BR	60 %* BR	40 %* BR + dépassement si prévu au contrat	Selon contrat
Ex : couronne céramo-métallique sur molaires	554,00 €	120,00 €	72,00 €	258,00 €	224,00 €
Orthodontie (moins de 16 ans)	Prix moyen national	BR	100 % BR	Dépassement si prévu au contrat	Selon contrat
Ex : traitement par semestre (6 max)	698,00 €	193,50 €	193,50 €	396,68 €	107,83 €

Optique

Équipement 100% santé	Prix limite de vente (PLV)	BR	60 % BR	40 % BR + dépassement dans la limite des PLV ⁴	0 €
Ex : Verres simples et monture	42,50 € (par verre) + 30 € (monture)	12,75 € par verre + 9 €	7,65 € par verre + 5,40 €	34,85 € par verre + 24,60 €	0 €
Ex : Verres progressifs et monture	90 € (par verre) + 30 € (monture)	27 € par verre + 9 €	16,20 € par verre + 5,40 €	73,80 € par verre + 24,60 €	0 €
Équipement (hors 100% santé)	Prix moyen national	BR	60 % BR	40 % BR + dépassement si prévu au contrat, dans la limite des plafonds réglementaires	Selon contrat
Ex : verres simples + monture	107 € (par verre) + 142 € (monture)	0,05 € par verre + 0,05 €	0,03 € par verre + 0,03 €	228,91 €	127,00 €
Ex : verres progressifs + monture	239 € (par verre) + 142 € (monture)	0,05 € par verre + 0,05 €	0,03 € par verre + 0,03 €	228,91 €	391,00 €
Lentilles	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
Forfait annuel	NC	Non remboursé (dans le cas général)	Non remboursé (dans le cas général)	120,00 €	Selon les frais engagés
Chirurgie réfractive	Prix moyen national	Non remboursé	Non remboursé	Prise en charge si prévu au contrat	Selon contrat
Ex opération correctrice de la myopie	NC	Non remboursé	Non remboursé	Non remboursé	Selon les frais engagés

* Sous réserve de la publication du nouveau taux au Journal Officiel.

Contrat d'assurance santé responsable ²	Tarif le plus souvent facturé, ou tarif réglementé	Base de remboursement de la sécurité sociale (BR) ³	Remboursement AMO (Assurance maladie obligatoire)	Remboursement AMC (Assurance maladie complémentaire)	Reste à charge
--	--	--	---	--	----------------

Aides auditives

Équipement 100% santé	Prix limite de vente (PLV)	BR	60 % BR	40 % BR + dépassement dans la limite des PLV	0 €
<i>Par oreille pour un patient de plus de 20 ans</i>	950,00 €	400,00 €	240,00 €	710,00 €	0,00 €
Équipement (hors 100% santé)	Prix moyen national	BR	60 % BR	40 % BR + dépassement si prévu au contrat, dans la limite des plafonds réglementaires	Selon contrat
<i>Par oreille pour un patient de plus de 20 ans</i>	1 565,00 €	400,00 €	240,00 €	465,00 €	860,00 €

1 : Les exemples de remboursements sont donnés 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

Ce document présente des exemples de remboursements en euros par l'assurance maladie et par votre contrat complémentaire santé, parmi les cas les plus fréquents et selon le niveau de couverture choisi. Ils ne correspondent pas forcément à vos besoins ou à votre situation mais, ils vous permettent de comprendre, choisir ou comparer les tableaux de garantie. Ils ne peuvent se substituer aux documents contractuels qui seuls engagent l'organisme de complémentaire santé. Ils ont été construits sur la base des données commentées par l'assurance maladie obligatoire et en s'appuyant sur le Glossaire de l'assurance complémentaire santé édité par l'UNOCAM (<https://unocam.fr/ressources/documents-a-telecharger/>)

	Remboursement Régime Obligatoire *	Remboursement MUTUELLE 403*		Remboursement Total *	
		OPTAM/ OPTAMCO	Non OPTAM/ OPTAMCO	OPTAM/ OPTAMCO	Non OPTAM/ OPTAMCO
➤ SOINS COURANTS					
Honoraires médicaux					
Consultations et visites généralistes	70 %	80 %	60 %	150 %	130 %
Consultations et visites spécialistes	70 %	80 %	60 %	150 %	130 %
Médecins non conventionnés	70 %	80 %		150 %	
Actes de chirurgie en cabinet	70 %	30 %		100 %	
Actes techniques médicaux	70 %	30 %		100 %	
Actes d'imagerie médicale	70 %	80 %	60 %	150 %	130 %
Actes d'échographie	70 %	80 %	60 %	150 %	130 %
Télésurveillance médicale	60 %	40 %		100 %	
Transports	55 %	45 %		100 %	
Analyses et examens de laboratoire	70 % / 60 %	80 % / 90 %		150 %	
Honoraires paramédicaux					
Infirmiers, masseurs, kinésithérapeutes, orthophonistes, orthoptistes et pédicures-podologues	60 %	90 %		150 %	
Psychologues remboursés RO (8 séances / an)	60 %	40 %		100 %	
Médicaments	65 % / 30 % / 15 %	35 % / 70 % / 85 %		100 %	
Matériel médical :					
Véhicule pour handicapé physique (VHP) ¹	70 % / 100 %	30 % / -		100 %	
Appareillages hors VHP et accessoires médicaux / orthopédie	60 % / 100 %	40 % / -		100 %	
Supplément Petit appareillage hors VHP et accessoires médicaux	-	100 %		100 %	
➤ OPTIQUE – à compter de la date d'acquisition limité à 1 équipement (1 monture + 2 verres) tous les 2 ans ou tous les ans en cas de renouvellement anticipé prévu à l'article L 165-1 du Code de la sécurité sociale, notamment pour les moins de 16 ans et en cas d'évolution de la vue.					
Equipements 100 % Santé ***					
Monture et verres de Classe A	60 %	100 % PLV ⁽²⁾ – RO		100 % PLV	
Suppléments et prestations optiques	60 %	100 % PLV – RO		100 % PLV	
Equipements hors 100 % Santé (classe B) – Les remboursements en euros s'entendent « Remboursement Régime Obligatoire inclus » Remboursement limité à 100 €/monture, 210 €/verre simple.					
Monture – Verres à tarifs libres	60 %	Forfait : 300 € ^{TM inclus**} - RO		300 €	
Supplément verres complexes et très complexes à tarifs libres	-	Forfait /paire : 30 €		30 € /paire	
Suppléments et prestations optiques à tarifs libres	60 %	40 %		100 %	
Lentilles acceptées ou refusées RO	60 % / -	40 % / - + Forfait annuel : 250 €		100 % / - + 250 €/an	
Chirurgie réfractive	-	Forfait /œil : 165 €		165 €/œil	
➤ DENTAIRE					
Soins et prothèses 100 % Santé ***	60 % / 70 %	100 % HLF ⁽²⁾ – RO ⁽³⁾		100 % HLF	
⁽³⁾ Cette garantie comprend la prise en charge des frais de soins dentaires prothétiques définis par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale dans la limite des honoraires de facturation fixés et sous déduction du Montant Remboursé par la Sécurité sociale.					
Soins et prothèses hors 100 % Santé					
Consultations et soins	60 % / 70 %	90 % / 80 %		150 %	
Inlay-core	60 % / 70 %	290 % / 280 %		350 %	
Prothèse dentaire remboursable	60 % / 70 %	290 % / 280 %		350 %	
Bridges et prothèses amovibles	60 % / 70 %	290 % / 280 %		350 %	
Prothèse dentaire non remboursable – Implant –	-	Forfait annuel : 600 €		600 €/an	
Maladie parodontale	-				
Orthodontie acceptée	60 % / 100 %	260 % / 220 %		320 %	
➤ AIDES AUDITIVES – le renouvellement de la prise en charge d'une aide auditive ne peut intervenir avant une période de 4 ans suivant la date d'acquisition de l'aide auditive précédente. Ce délai de renouvellement s'entend pour chaque oreille indépendamment.					
Appareillage auditif 100 % Santé ***	60 % / 100 %	100 % PLV – RO		100 % PLV	
Appareillage auditif hors 100 % Santé – remboursement limité à 1700 €/appareillage auditif (RO + Mutuelle 403)					
Prothèses auditives	60 % / 100 %	40 % / - + Forfait /prothèse : 305 €		100 % + 305 € /prothèse	
Prestations annexes (consommables, piles, accessoires)	60 %	40 %		100 %	
➤ CURE					
Honoraires de surveillance	70 %	30 %		100 %	
Transport	55 %	45 %		100 %	
Frais d'hébergement	65 %	35 %		100 %	
Forfait thermal – Pratiques complémentaires	65 %	35 %	Forfait : 320 €	100 %	+ 320 €

⁽¹⁾ Au sens de la nomenclature LPP

⁽²⁾ PLV : Prix Limite de Vente – HLF : Honoraires Limite de Facturation

	Remboursement Régime Obligatoire *		Remboursement MUTUELLE 403*		Remboursement Total *	
			OPTAM/ OPTAMCO	Non OPTAM/ OPTAMCO	OPTAM/ OPTAMCO	Non OPTAM/ OPTAMCO
➤ HOSPITALISATIONS						
▪ MEDICALE						
Frais de séjour	80 % / 100 %		20 % / -		100 %	
Soins et honoraires	80 % / 100 %		20 % / -		100 %	
Transports	55 %		45 %		100 %	
▪ CHIRURGICALE						
Frais de séjour	80 % / 100 %		70 % / 50 %		150 %	
Soins et honoraires	80 % / 100 %		70 % / 50 % 50 % / 30 %		150 % 130 %	
Transports	55 %		45 %		100 %	
▪ OBSTETRIQUE						
Frais de séjour	100 %		-		100 %	
Soins et honoraires	100 %		-		100 %	
Transports	55 %		45 %		100 %	
Forfait journalier hospitalier	-		Frais réels		Frais réels	
Chambre particulière hors ambulatoire	-		54 € /jour		54 € /jour	
Chambre particulière en ambulatoire	-		20 € /jour		20 € /jour	
Frais d'accompagnant – enfant de moins de 12 ans (dès la 1 ^{ère} nuit et pour une durée maximale de 30 nuits)	-		39 € /nuit		39 € /nuit	
▪ Séjours en Maisons ou Services de Repos et de convalescence, séjour en Centres ou Services de Rééducation fonctionnelle ou de moyen séjour, en Etablissements Psychiatriques, et en Etablissements climatiques de pneumologie et sanatoriums pour adulte						
Frais de séjour	80 % / 100 %		20 % / -		100 %	
Soins et honoraires	80 % / 100 %		20 % / -		100 %	
Transports	55 %		45 %		100 %	
Forfait journalier hospitalier	-		Frais réels		Frais réels	
Chambre particulière (pendant 60j par année civile)	-		54 € /jour		54 € /jour	
▪ Etablissements médico-sociaux : Séjours en Maisons d'Enfants spécialisées et Etablissements Climatiques pour enfants et adolescents, en Centres ou Maisons d'accueil pour handicapés enfants et adultes, en Maisons de régime et de Diététique et en Centres de post-cure pour alcooliques et toxicomanes						
Frais de séjour	80 % / 100 %		20 % / -		100 %	
Soins et honoraires	80 % / 100 %		20 % / -		100 %	
Transports	55 %		45 %		100 %	
➤ PARTICIPATION FORFAITAIRE						
Participation laissée à la charge de l'assuré par l'Assurance Maladie Obligatoire, sur certains actes d'un tarif égal ou supérieur à 120 €	-		OUI		OUI	
➤ FORFAIT PATIENT URGENCES						
Participation laissée à la charge de l'assuré pour chaque passage aux Urgences non suivi d'une hospitalisation	-		OUI		OUI	
➤ LES PLUS						
Forfait Naissance :						
Naissance, adoption plénière (enfant de moins de 16 ans)	-		250 €		250 €	
Forfait par enfant						
Médecine douce :						
Ostéopathe, chiropracteur, étio-pathe	-		Forfait /séance : 30 €		30 € /séance	
Limité à 3 séances /an						
Médecine douce : remboursement sur présentation d'une facture nominative acquittée établie par le professionnel sous réserve qu'elle comporte le n° ADELI et/ou le n° RPPS. Seules les séances de professionnels diplômés, autorisés ou certifiés dans la discipline facturée peuvent faire l'objet d'une prise en charge.						
Allocation aux frais d'obsèques :						
Versée sur présentation de la facture acquittée par une tierce personne, après le décès du bénéficiaire âgé de 12 ans et plus	-		600 €		600 €	
Service de téléconsultation Medaviz						
	-		OUI		OUI	
➤ PREVENTION						
Prestations de prévention prévues à l'article 1 ^{er} de l'arrêté du 8 juin 2006	65 % / 70 %		35 % / 30 %		100 %	
Contraception non remboursable RO sur prescription médicale	-		Forfait annuel : 50 €		50 € /an	
Ostéodensitométrie non prise en charge RO	-		Forfait bisannuel : 40 €		40 € bisannuel	
Vaccin antigrippe	-		15 €		15 €	
➤ ASSISTANCE						
	-		OUI		OUI	

* % du tarif de responsabilité du Régime Obligatoire (RO) ou forfait dans la limite des frais engagés

** TM : ticket modérateur

***Equipements, Soins et prothèses à prise en charge renforcée tels que défini dans le décret 2019-21 du 11 janvier 2019

Cette garantie respecte l'ensemble des règles des contrats responsables.

Mutuelle régie par le livre II du Code de la Mutualité et immatriculée sous le N° SIREN 781166210

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 (AMC)	Reste à charge
Hospitalisation					
Forfait journalier hospitalier (hébergement)	20 € (15 € en service psychiatrique)	0 €	0 €	20 € (15 €)	0 €
Chambre particulière (sur demande du patient)	Non connu (NC)	Non remboursé	Non remboursé	54,00 €	Selon les frais engagés
Séjours avec actes lourds					
L'hôpital public inclut la rémunération des praticiens dans les frais de séjour, alors que leurs honoraires sont facturés séparément dans le secteur privé					
Exemple d'une opération chirurgicale de la cataracte, en secteur privé					
Frais de séjour	Différent selon public/privé	BR	BR – 24 €	24 €	0 €
Frais de séjour en secteur privé	794,12 €	794,12 €	770,12 €	24 €	0 €
Honoraires médecins adhérents OPTAM ou OPTAM-CO	Dépassements maîtrisés	BR	100 % BR	Dépassements si prévu au contrat	Selon contrat
Opération en secteur privé : honoraires chirurgien	422,00 €	271,70 €	271,70 €	135,85 €	14,45 €
Honoraires 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
Opération en secteur privé : honoraires chirurgien	463,00 €	271,70 €	271,70 €	81,51 €	109,79 €
Séjours sans acte lourd					
L'hôpital public inclut la rémunération des praticiens dans les frais de séjour, alors que leurs honoraires sont facturés séparément dans le secteur privé					
Exemple d'un suivi d'une pneumonie ou pleurésie pour un patient de plus de 17 ans, en hôpital public					
Frais de séjour	Différent selon public/privé	BR	80 % BR	20 % BR	0 €
Frais de séjour en secteur public	3344,37 €	3344,37 €	2675,50 €	668,87 €	0 €

Contrat d'assurance santé responsable ²	Tarif le plus souvent facturé, ou tarif réglementé	Base de remboursement de la sécurité sociale (BR) ³	Remboursement AMO (Assurance maladie obligatoire)	Remboursement AMC (Assurance maladie complémentaire)	Reste à charge
Soins courants					
Honoraires médecins secteur 1 (généralistes ou spécialistes)	Tarif de convention	BR	70 % BR – 1 €	30 % BR	1 € de participation forfaitaire
Ex : consultation médecin traitant généraliste pour un patient de plus de 18 ans Ex : consultation pédiatre pour enfant de 2 à 6 ans Ex : consultation médecin spécialiste pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie obstétrique, ophtalmologie, dermatologie, etc...)	26,50 € 33,50 € 31,50 €	26,50 € 33,50 € 31,50 €	17,55 € 23,45 € 21,05 €	7,95 € 10,05 € 9,45 €	1 € de participation forfaitaire 0 € 1 € de participation forfaitaire
Honoraires médecins adhérents OPTAM ou OPTAM-CO	Dépassements maîtrisés	BR	70 % BR – 1 €	30 % BR + dépassement si prévu au contrat	1 € de participation forfaitaire plus dépassement selon contrat
Ex : consultation pédiatre pour enfant de 2 à 6 ans Ex : consultation médecin spécialiste pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie obstétrique, ophtalmologie, dermatologie, etc...)	49,00 € 52,00 €	33,50 € 31,50 €	23,45 € 21,05 €	21,55 € 20,95 €	4,00 € 10,00 €
Honoraires médecins secteur 2 (non adhérents OPTAM ou OPTAM-CO)	Honoraires libres	BR	70 % BR – 1 €	30 % BR + dépassement si prévu au contrat (remboursement des dépassements plafonné à 100 % BR)	1 € de participation forfaitaire, plus dépassement selon contrat
Ex : consultation pédiatre pour enfant de 2 à 16 ans Ex : consultation médecin spécialiste pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie obstétrique, ophtalmologie, dermatologie, etc...)	64,00 € 65,00 €	23,00 € 23,00 €	16,10 € 15,10 €	13,80 € 13,80 €	34,10 € 36,10 €
Matériel médical	Tarif moyen facturé	BR	60 % BR	40 % BR + dépassement si prévu au contrat	Selon contrat
Ex : achat d'une paire de béquilles	25,99 €	24,40 €	14,64 €	11,35 €	0,00 €

Contrat d'assurance santé responsable ²	Tarif le plus souvent facturé, ou tarif réglementé	Base de remboursement de la sécurité sociale (BR) ³	Remboursement AMO (Assurance maladie obligatoire)	Remboursement AMC (Assurance maladie complémentaire)	Reste à charge
Dentaire					
Soins et prothèses 100% santé	Honoraire limite de facturation (HLF)	BR	60 %* BR	40 %* BR + dépassement dans la limite du plafond des honoraires	0 €
Ex : pose d'une couronne céramo-métallique sur incisives, canines et premières prémolaires	500,00 €	120,00 €	72,00 €	428,00 €	0 €
Soins (hors 100% santé)	Tarif de convention	BR	60 %* BR	40 %* BR + dépassement si prévu au contrat	Selon contrat
Ex : détartrage	43,38 €	43,38 €	26,03 €	17,35 €	0 €
Prothèses (hors 100% santé)	Prix moyen national	BR	60 %* BR	40 %* BR + dépassement si prévu au contrat	Selon contrat
Ex : couronne céramo-métallique sur molaires	554,00 €	120,00 €	72,00 €	348,00 €	134,00 €
Orthodontie (moins de 16 ans)	Prix moyen national	BR	100 % BR	Dépassement si prévu au contrat	Selon contrat
Ex : traitement par semestre (6 max)	698,00 €	193,50 €	193,50 €	425,70 €	78,80 €

Optique

Équipement 100% santé	Prix limite de vente (PLV)	BR	60 % BR	40 % BR + dépassement dans la limite des PLV ⁴	0 €
Ex : Verres simples et monture	42,50 € (par verre) + 30 € (monture)	12,75 € par verre + 9 €	7,65 € par verre + 5,40 €	34,85 € par verre + 24,60 €	0 €
Ex : Verres progressifs et monture	90 € (par verre) + 30 € (monture)	27 € par verre + 9 €	16,20 € par verre + 5,40 €	73,80 € par verre + 24,60 €	0 €
Équipement (hors 100% santé)	Prix moyen national	BR	60 % BR	40 % BR + dépassement si prévu au contrat, dans la limite des plafonds réglementaires	Selon contrat
Ex : verres simples + monture	107 € (par verre) + 142 € (monture)	0,05 € par verre + 0,05 €	0,03 € par verre + 0,03 €	299,91 €	56,00 €
Ex : verres progressifs + monture	239 € (par verre) + 142 € (monture)	0,05 € par verre + 0,05 €	0,03 € par verre + 0,03 €	329,91 €	290,00 €
Lentilles	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
Forfait annuel	NC	Non remboursé (dans le cas général)	Non remboursé (dans le cas général)	250,00 €	Selon les frais engagés
Chirurgie réfractive	Prix moyen national	Non remboursé	Non remboursé	Prise en charge si prévu au contrat	Selon contrat
Ex opération correctrice de la myopie	NC	Non remboursé	Non remboursé	165 € / œil	Selon les frais engagés

* Sous réserve de la publication du nouveau taux au Journal Officiel.

Contrat d'assurance santé responsable ²	Tarif le plus souvent facturé, ou tarif réglementé	Base de remboursement de la sécurité sociale (BR) ³	Remboursement AMO (Assurance maladie obligatoire)	Remboursement AMC (Assurance maladie complémentaire)	Reste à charge
Aides auditives					
Équipement 100% santé	Prix limite de vente (PLV)	BR	60 % BR	40 % BR + dépassement dans la limite des PLV	0 €
<i>Par oreille pour un patient de plus de 20 ans</i>	950,00 €	400,00 €	240,00 €	710,00 €	0,00 €
Équipement (hors 100% santé)	Prix moyen national	BR	60 % BR	40 % BR + dépassement si prévu au contrat, dans la limite des plafonds réglementaires	Selon contrat
<i>Par oreille pour un patient de plus de 20 ans</i>	1 565,00 €	400,00 €	240,00 €	465,00 €	860,00 €

1 : Les exemples de remboursements sont donnés 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

Ce document présente des exemples de remboursements en euros par l'assurance maladie et par votre contrat complémentaire santé, parmi les cas les plus fréquents et selon le niveau de couverture choisi. Ils ne correspondent pas forcément à vos besoins ou à votre situation mais, ils vous permettent de comprendre, choisir ou comparer les tableaux de garantie. Ils ne peuvent se substituer aux documents contractuels qui seuls engagent l'organisme de complémentaire santé. Ils ont été construits sur la base des données communiquées par l'assurance maladie obligatoire et en s'appuyant sur le Glossaire de l'assurance complémentaire santé édicté par l'UNOCAM (<https://unocam.fr/ressources/documents-a-telecharger/>)

	Remboursement Régime Obligatoire *	Remboursement MUTUELLE 403*		Remboursement Total *	
		OPTAM/ OPTAMCO	Non OPTAM/ OPTAMCO	OPTAM/ OPTAMCO	Non OPTAM/ OPTAMCO
➤ SOINS COURANTS					
Honoraires médicaux					
Consultations et visites généralistes	70 %	130 %	110 %	200 %	180 %
Consultations et visites spécialistes	70 %	130 %	110 %	200 %	180 %
Médecins non conventionnés	70 %	130 %		200 %	
Actes de chirurgie en cabinet	70 %	80 %	60 %	150 %	130 %
Actes techniques médicaux	70 %	80 %	60 %	150 %	130 %
Actes d'imagerie médicale	70 %	80 %	60 %	150 %	130 %
Actes d'échographie	70 %	80 %	60 %	150 %	130 %
Télésurveillance médicale	60 %	40 %		100 %	
Transports	55 %	45 %		100 %	
Analyses et examens de laboratoire	70 % / 60 %	80 % / 90 %		150 %	
Honoraires paramédicaux					
Infirmiers, masseurs, kinésithérapeutes, orthophonistes, orthoptistes et pédicures-podologues	60 %	90 %		150 %	
Psychologues remboursés RO (8 séances /an)	60 %	40 %		100 %	
Médicaments	65 % / 30 % / 15 %	35 % / 70 % / 85 %		100 %	
Matériel médical :					
Véhicule pour handicapé physique (VHP) ¹	70 % / 100 %	30 % / -		100 %	
Appareillages hors VHP et accessoires médicaux / orthopédie	60 % / 100 %	40 % / -		100 %	
Supplément Orthopédie et appareillages hors VHP	-	150 %		150 %	
Supplément prothèses mammaires et capillaires	-	Forfait annuel : 305 €		305 € /an	
➤ OPTIQUE – à compter de la date d'acquisition limité à 1 équipement (1 monture + 2 verres) tous les 2 ans ou tous les ans en cas de renouvellement anticipé prévu à l'article L.165-1 du Code de la sécurité sociale, notamment pour les moins de 16 ans et en cas d'évolution de la vue					
Equipements 100 % Santé ***					
Monture et verres de Classe A	60 %	100 % PLV ⁽²⁾ – RO		100 % PLV	
Suppléments et prestations optiques	60 %	100 % PLV – RO		100 % PLV	
Equipements hors 100 % Santé (classe B) - Les remboursements en euros s'entendent « Remboursement Régime Obligatoire inclus » Remboursement limité à 100 €/monture, 210 €/verre simple, 350 €/verre complexe, 400 €/verre très complexe.					
Monture – verres simples à tarif libre	60 %	Forfait : 400 € ^{TM inclus**} - RO		400 €	
Monture – verres complexes et très complexes à tarif libre	60 %	Forfait : 520 € ^{TM inclus} - RO		520 €	
Suppléments et prestations optiques à tarifs libres	60 %	40 %		100 %	
Lentilles acceptées ou refusées RO	60 % / -	Forfait annuel : 250 €		RO + 250 € /an	
Chirurgie réfractive	-	Forfait annuel : 400 €		400 € /an	
➤ DENTAIRE					
Soins et prothèses 100 % Santé ***	60 % / 70 %	100 % HLF ⁽²⁾ – RO ⁽³⁾		100 % HLF	
⁽³⁾ Cette garantie comprend la prise en charge des frais de soins dentaires prothétiques définis par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale dans la limite des honoraires de facturation fixés et sous déduction du Montant Remboursé par la Sécurité sociale.					
Soins et prothèses hors 100 % Santé					
Consultations et soins	60 % / 70 %	140 % / 130 %		200 %	
Prothèse dentaire remboursable	60 % / 70 %	340 % / 330 %		400 %	
Inlay-core	60 % / 70 %	340 % / 330 %		400 %	
Bridges et prothèses amovibles	60 % / 70 %	340 % / 330 %		400 %	
Prothèse dentaire non remboursable	-	Forfait annuel : 600 €		600 € /an	
Implant – Maladie parodontale	-	Forfait annuel : 600 €		600 € /an	
Orthodontie acceptée ou refusée	60 % / 100 % / -	340 % / 300 % / 400 %		400 %	
➤ AIDES AUDITIVES- le renouvellement de la prise en charge d'une aide auditive ne peut intervenir avant une période de 4 ans suivant la date d'acquisition de l'aide auditive précédente. Ce délai de renouvellement s'entend pour chaque oreille indépendamment.					
Appareillage auditif 100 % Santé ***	60 % / 100 %	100 % PLV – RO		100 % PLV	
Appareillage auditif hors 100 % Santé - remboursement limité à 1700 € /appareillage auditif (RO + Mutuelle 403)					
Prothèses auditives	60 % / 100 %	40 % / - + forfait prothèse : 500 €		100% + 500 € /prothèse	
Prestations annexes (consommables, piles, accessoires)	60 %	40 %		100 %	
➤ CURE					
Honoraires de surveillance (hors pratiques complémentaires)	70 %	30%		100 %	
Forfait thermal – frais d'hébergement - transports	55 % / 65 %	45 % / 35 %		100 %	

➤ HOSPITALISATIONS					
		OPTAM/ OPTAMCO	Non OPTAM/ OPTAMCO	OPTAM/ OPTAMCO	Non OPTAM/ OPTAMCO
		<ul style="list-style-type: none"> ▪ MEDICALE Frais de séjour 80 % / 100 % Soins et honoraires 80 % / 100 % Transports 55 % ▪ CHIRURGICALE Frais de séjour 80 % / 100 % Soins et honoraires 80 % / 100 % Transports 55 % ▪ OBSTETRIQUE Frais de séjour 100 % Soins et honoraires 100 % Transports 55 % Forfait journalier hospitalier - Chambre particulière hors ambulatoire - Chambre particulière en ambulatoire - Frais d'accompagnant – enfant de moins de 16 ans (pour une durée maximale de 30 nuits) - 		120 % / 100 %	120 % / 100 %
		120 % / 100 %	100 % / 80 %	200 %	180 %
		45 %	45 %	100 %	100 %
		120 % / 100 %	120 % / 100 %	200 %	200 %
		120 % / 100 %	100 % / 80 %	200 %	180 %
		45 %	45 %	100 %	100 %
		100 %	100 %	200 %	200 %
		100 %	80 %	200 %	180 %
		45 %	45 %	100 %	100 %
		Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
		70 € /jour	70 € /jour	70 € /jour	70 € /jour
		20 € /jour	20 € /jour	20 € /jour	20 € /jour
		39 € /nuit	39 € /nuit	39 € /nuit	39 € /nuit
<ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Séjours en Maisons ou Services de Repos et de convalescence, séjour en Centres ou Services de Rééducation fonctionnelle ou de moyen séjour, en Etablissements Psychiatriques, et en Etablissements climatiques de pneumologie et sanatoriums pour adulte</i> Frais de séjour 80 % / 100 % Soins et honoraires 80 % / 100 % Transports 55 % Forfait journalier hospitalier - Chambre particulière - 		20 % / -	20 % / -	100 %	100 %
		20 % / -	45 %	100 %	100 %
		Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
		70 € /jour	70 € /jour	70 € /jour	70 € /jour
<ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Etablissements médico-sociaux : Séjours en Maisons d'Enfants spécialisées et Etablissements Climatiques pour enfants et adolescents, en Centres ou Maisons d'accueil pour handicapés enfants et adultes, en Maisons de régime et de Diététique et en Centres de post-cure pour alcooliques et toxicomanes</i> Frais de séjour 80 % / 100 % Soins et honoraires 80 % / 100 % Transports 55 % 		20 % / -	20 % / -	100 %	100 %
		20 % / -	45 %	100 %	100 %
		45 %	45 %	100 %	100 %
➤ PARTICIPATION FORFAITAIRE					
Participation laissée à la charge de l'assuré par l'Assurance Maladie Obligatoire, sur certains actes d'un tarif égal ou supérieur à 120 €	-	OUI	OUI	OUI	OUI
➤ FORFAIT PATIENT URGENCES					
Participation laissée à la charge de l'assuré pour chaque passage aux Urgences non suivi d'une hospitalisation	-	OUI	OUI	OUI	OUI
➤ LES PLUS					
Forfait Naissance : Naissance, adoption plénière (enfant de moins de 16 ans) Forfait par enfant -		250 €	250 €	250 €	250 €
Médecine douce : Ostéopathe, chiropracteur, étio-pathe, acupuncteur, homéopathe - <i>Limité à 3 séances /an</i> Pédicure et podologue non remboursé sur prescription médicale - <i>Limité à 2 soins /an</i>	-	Forfait par séance : 50 €	Forfait par séance : 50 €	50 € /séance	50 € /séance
	-	Forfait par soin : 50 €	Forfait par soin : 50 €	50 € /soin	50 € /soin
Médecine douce : remboursement sur présentation d'une facture nominative acquittée établie par le professionnel sous réserve qu'elle comporte le n° ADELI et/ou le n° RPPS. Seules les séances de professionnels diplômés, autorisés ou certifiés dans la discipline facturée peuvent faire l'objet d'une prise en charge.					
Service de téléconsultation Medaviz	-	OUI	OUI	OUI	OUI
➤ PREVENTION					
Prestations de prévention prévues à l'article 1 ^{er} de l'arrêté du 8 juin 2006	65 % / 70 %	35 % / 30 %	35 % / 30 %	100 %	100 %
Ostéodensitométrie <i>non prise en charge RO</i>	-	Forfait annuel : 75 €	Forfait annuel : 75 €	75 € /an	75 € /an
Pilule contraceptive et vaccin non remboursable RO sur prescription médicale	-	Forfait annuel : 100 €	Forfait annuel : 100 €	100 € /an	100 € /an
Sevrage tabagique <i>non pris en charge RO sur prescription médicale</i>	-	Forfait annuel : 75 €	Forfait annuel : 75 €	75 € /an	75 € /an
➤ ASSISTANCE					
	-	OUI	OUI	OUI	OUI

* % du tarif de responsabilité du Régime Obligatoire (RO) ou forfait dans la limite des frais engagés

** TM : ticket modérateur

***Équipements, Soins et prothèses à prise en charge renforcée tels que défini dans le décret 2019-21 du 11 janvier 2019

Cette garantie respecte l'ensemble des règles des contrats responsables.

Mutuelle régie par le livre II du Code de la Mutualité et immatriculée sous le N° SIREN 781166210

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 (AMC)	Reste à charge
Hospitalisation					
Forfait journalier hospitalier (hébergement)	20 € (15 € en service psychiatrique)	0 €	0 €	20 € (15 €)	0 €
Chambre particulière (sur demande du patient)	Non connu (NC)	Non remboursé	Non remboursé	70,00 €	Selon les frais engagés
Séjours avec actes lourds					
L'hôpital public inclut la rémunération des praticiens dans les frais de séjour, alors que leurs honoraires sont facturés séparément dans le secteur privé					
Exemple d'une opération chirurgicale de la cataracte, en secteur privé					
Frais de séjour	Différent selon public/privé	BR	BR – 24 €	24 €	0 €
Frais de séjour en secteur privé	794,12 €	794,12 €	770,12 €	24 €	0 €
Honoraires médecins adhérents OPTAM ou OPTAM-CO	Dépassements maîtrisés	BR	100 % BR	Dépassements si prévu au contrat	Selon contrat
Opération en secteur privé : honoraires chirurgien	422,00 €	271,70 €	271,70 €	150,30 €	0,00 €
Honoraires 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
Opération en secteur privé : honoraires chirurgien	463,00 €	271,70 €	271,70 €	191,30 €	0,00 €
Séjours sans acte lourd					
L'hôpital public inclut la rémunération des praticiens dans les frais de séjour, alors que leurs honoraires sont facturés séparément dans le secteur privé					
Exemple d'un suivi d'une pneumonie ou pleurésie pour un patient de plus de 17 ans, en hôpital public					
Frais de séjour	Différent selon public/privé	BR	80 % BR	20 % BR	0 €
Frais de séjour en secteur public	3344,37 €	3344,37 €	2675,50 €	668,87 €	0 €

Contrat d'assurance santé responsable ²	Tarif le plus souvent facturé, ou tarif réglementé	Base de remboursement de la sécurité sociale (BR) ³	Remboursement AMO (Assurance maladie obligatoire)	Remboursement AMC (Assurance maladie complémentaire)	Reste à charge
Soins courants					
Honoraires médecins secteur 1 (généralistes ou spécialistes)	Tarif de convention	BR	70 % BR – 1 €	30 % BR	1 € de participation forfaitaire
Ex : consultation médecin traitant généraliste pour un patient de plus de 18 ans Ex : consultation pédiatre pour enfant de 2 à 6 ans Ex : consultation médecin spécialiste pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie obstétrique, ophtalmologie, dermatologie, etc...)	26,50 € 33,50 € 31,50 €	26,50 € 33,50 € 31,50 €	17,55 € 23,45 € 21,05 €	7,95 € 10,05 € 9,45 €	1 € de participation forfaitaire 0 € 1 € de participation forfaitaire
Honoraires médecins adhérents OPTAM ou OPTAM-CO	Dépassements maîtrisés	BR	70 % BR – 1 €	30 % BR + dépassement si prévu au contrat	1 € de participation forfaitaire plus dépassement selon contrat
Ex : consultation pédiatre pour enfant de 2 à 6 ans Ex : consultation médecin spécialiste pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie obstétrique, ophtalmologie, dermatologie, etc...)	49,00 € 52,00 €	33,50 € 31,50 €	23,45 € 21,05 €	25,55 € 29,95 €	0,00 € 1 € de participation forfaitaire
Honoraires médecins secteur 2 (non adhérents OPTAM ou OPTAM-CO)	Honoraires libres	BR	70 % BR – 1 €	30 % BR + dépassement si prévu au contrat (remboursement des dépassements plafonné à 100 % BR)	1 € de participation forfaitaire, plus dépassement selon contrat
Ex : consultation pédiatre pour enfant de 2 à 16 ans Ex : consultation médecin spécialiste pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie obstétrique, ophtalmologie, dermatologie, etc...)	64,00 € 65,00 €	23,00 € 23,00 €	16,10 € 15,10 €	25,30 € 25,30 €	22,60 € 24,60 €
Matériel médical	Tarif moyen facturé	BR	60 % BR	40 % BR + dépassement si prévu au contrat	Selon contrat
Ex : achat d'une paire de béquilles	25,99 €	24,40 €	14,64 €	11,35 €	0,00 €

Contrat d'assurance santé responsable ²	Tarif le plus souvent facturé, ou tarif réglementé	Base de remboursement de la sécurité sociale (BR) ³	Remboursement AMO (Assurance maladie obligatoire)	Remboursement AMC (Assurance maladie complémentaire)	Reste à charge
Dentaire					
Soins et prothèses 100% santé	Honoraire limite de facturation (HLF)	BR	60 %* BR	40 %* BR + dépassement dans la limite du plafond des honoraires	0 €
Ex : pose d'une couronne céramo-métallique sur incisives, canines et premières prémolaires	500,00 €	120,00 €	72,00 €	428,00 €	0 €
Soins (hors 100% santé)	Tarif de convention	BR	60 %* BR	40 %* BR + dépassement si prévu au contrat	Selon contrat
Ex : détartrage	43,38 €	43,38 €	26,03 €	17,35 €	0 €
Prothèses (hors 100% santé)	Prix moyen national	BR	60 %* BR	40 %* BR + dépassement si prévu au contrat	Selon contrat
Ex : couronne céramo-métallique sur molaires	554,00 €	120,00 €	72,00 €	408,00 €	74,00 €
Orthodontie (moins de 16 ans)	Prix moyen national	BR	100 % BR	Dépassement si prévu au contrat	Selon contrat
Ex : traitement par semestre (6 max)	698,00 €	193,50 €	193,50 €	504,50 €	0,00 €

Optique

Équipement 100% santé	Prix limite de vente (PLV)	BR	60 % BR	40 % BR + dépassement dans la limite des PLV ⁴	0 €
Ex : Verres simples et monture	42,50 € (par verre) + 30 € (monture)	12,75 € par verre + 9 €	7,65 € par verre + 5,40 €	34,85 € par verre + 24,60 €	0 €
Ex : Verres progressifs et monture	90 € (par verre) + 30 € (monture)	27 € par verre + 9 €	16,20 € par verre + 5,40 €	73,80 € par verre + 24,60 €	0 €
Équipement (hors 100% santé)	Prix moyen national	BR	60 % BR	40 % BR + dépassement si prévu au contrat, dans la limite des plafonds réglementaires	Selon contrat
Ex : verres simples + monture	107 € (par verre) + 142 € (monture)	0,05 € par verre + 0,05 €	0,03 € par verre + 0,03 €	313,91 €	42,00 €
Ex : verres progressifs + monture	239 € (par verre) + 142 € (monture)	0,05 € par verre + 0,05 €	0,03 € par verre + 0,03 €	519,91 €	100,00 €
Lentilles	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
Forfait annuel	NC	Non remboursé (dans le cas général)	Non remboursé (dans le cas général)	250,00 €	Selon les frais engagés
Chirurgie réfractive	Prix moyen national	Non remboursé	Non remboursé	Prise en charge si prévu au contrat	Selon contrat
Ex opération correctrice de la myopie	NC	Non remboursé	Non remboursé	400 € / an	Selon les frais engagés

* Sous réserve de la publication du nouveau taux au Journal Officiel.

Contrat d'assurance santé responsable ²	Tarif le plus souvent facturé, ou tarif réglementé	Base de remboursement de la sécurité sociale (BR) ³	Remboursement AMO (Assurance maladie obligatoire)	Remboursement AMC (Assurance maladie complémentaire)	Reste à charge
--	--	--	---	--	----------------

Aides auditives

Équipement 100% santé	Prix limite de vente (PLV)	BR	60 % BR	40 % BR + dépassement dans la limite des PLV	0 €
<i>Par oreille pour un patient de plus de 20 ans</i>	950,00 €	400,00 €	240,00 €	710,00 €	0,00 €
Équipement (hors 100% santé)	Prix moyen national	BR	60 % BR	40 % BR + dépassement si prévu au contrat, dans la limite des plafonds réglementaires	Selon contrat
<i>Par oreille pour un patient de plus de 20 ans</i>	1 565,00 €	400,00 €	240,00 €	660,00 €	665,00 €

1 : Les exemples de remboursements sont donnés 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

Ce document présente des exemples de remboursements en euros par l'assurance maladie et par votre contrat complémentaire santé, parmi les cas les plus fréquents et selon le niveau de couverture choisi. Ils ne correspondent pas forcément à vos besoins ou à votre situation mais, ils vous permettent de comprendre, choisir ou comparer les tableaux de garantie. Ils ne peuvent se substituer aux documents contractuels qui seuls engagent l'organisme de complémentaire santé. Ils ont été construits sur la base des données communiquées par l'assurance maladie obligatoire et en s'appuyant sur le Glossaire de l'assurance complémentaire santé édicté par l'UNOCAM (<https://unocam.fr/ressources/documents-a-telecharger/>)

MUTUELLE 403

GARANTIES D'ASSISTANCE

PERMANENCE MEDICALE / SECOURS D'URGENCE

- Premiers secours,
- Recherche d'un médecin,
- Transfert à l'hôpital et retour à domicile,
- Acheminement de médicaments.

EN CAS D'HOSPITALISATION SUPERIEURE A 48H

- Transmission de message urgent,
- Présence d'un proche au chevet,
- Prise en charge des enfants et /ou ascendants dépendants,
- Aide à domicile pendant ou après l'hospitalisation (maximum 20h),
- Garde des animaux domestiques.

N.B. : La garantie d'aide à domicile s'exerce également en cas de séjour en maternité d'une durée supérieure à 8 jours et de décès de l'un des parents.

EN CAS D'IMMOBILISATION D'UN ENFANT

- Présence d'un membre de la famille,
- Organisation de garde d'enfant malade,
- Soutien pédagogique à domicile.

EN CAS D'IMMOBILISATION AU DOMICILE SUPERIEURE A 5 JOURS ET SUR PRESCRIPTION MEDICALE

- Présence d'un proche au chevet,
- Prise en charge des enfants et /ou ascendants dépendants,
- Aide à domicile pendant ou après l'hospitalisation (maximum 20h),
- Garde des animaux domestiques.

EN CAS DE TRAITEMENT PAR RADIOTHERAPIE OU CHIMIOOTHERAPIE

- Aide à domicile.

SERVICES D'INFORMATIONS PAR TELEPHONE

- Informations médicales,
- Informations « Vie pratique »,
- Informations juridiques.

EN CAS D'HOSPITALISATION SUPERIEURE A 24H DES + DE 75 ANS

- Sécurisation du retour à domicile avec la mise à disposition d'un appareil de téléassistance pendant 3 mois.

Document non contractuel

COTISATIONS MENSUELLES AU 1^{ER} JANVIER 2024

Garantie : A1254R

1 Adulte	de 18 à 25	54,21€
1 Adulte	de 26 à 65	70,31€
1 Adulte	à partir de 66	105,02€
1 Enfant	de 0 à 17	38,96€

Garantie : A1593R

1 Adulte	de 18 à 25	65,59€
1 Adulte	de 26 à 65	85,07€
1 Adulte	à partir de 66	127,07€
1 Enfant	de 0 à 17	47,14€

Garantie : P1042

1 Adulte	de 18 à 25	45,16€
1 Adulte	de 26 à 65	58,58€
1 Adulte	à partir de 66	87,52€
1 Enfant	de 0 à 17	32,48€