



BR : Base de remboursement de la Sécurité Sociale  
PMSS : Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale (valeur de référence 2024 = 3 864 €)

**Prise en charge du Régime Obligatoire (RO) + Remboursement Mutuelle Complémentaire Régime Obligatoire (Ticket Modérateur : TM) ET Forfaits dépassements**

	BASE - C2DP	BASE + OPTION 1 C2DP+ ODP1 <i>En couleur les améliorations liées à l'option</i>	BASE + OPTION 2 C2DP+ ODP2 <i>En couleur les améliorations liées à l'option</i>
<b>HOSPITALISATION (1)</b>			
- Honoraires, actes chirurgicaux, praticien adhérent au DPTAM*	170% BR	220% BR	220% BR
- Honoraires, actes chirurgicaux, praticien non adhérent au DPTAM*	150% BR	200% BR	200% BR
- Forfait journalier hospitalier (frais réels)	Durée illimitée	Durée illimitée	Durée illimitée
- Forfait Patient Urgences (FPU)	Frais réels	Frais réels	Frais réels
- Frais de séjour	100% BR	200% BR	300% BR
- Participation forfaitaire sur acte lourd (selon la réglementation en vigueur)	Frais réels	Frais réels	Frais réels
- Chambre particulière par jour en ambulatoire	-	2% PMSS soit 77,28 €	3% PMSS soit 115,92 €
- Chambre particulière par jour en médecine, chirurgie, convalescence	1,50% PMSS soit 57,96€	2% PMSS soit 77,28 €	3% PMSS soit 115,92 €
- Chambre particulière par jour en maternité	1,50% PMSS soit 57,96€	2% PMSS soit 77,28 €	3% PMSS soit 115,92 €
- Chambre particulière par jour en psychiatrie	1,50% PMSS soit 57,96€	2% PMSS soit 77,28 €	3% PMSS soit 115,92 €
- Frais d'accompagnant par jour pour les enfants de - de 12 ans	0,50% PMSS soit 19,32 €	1,50% PMSS soit 57,96 €	2% PMSS soit 77,28 €
- Transports pris en charge par le RO	100% BR	100% BR	100% BR
<b>SOINS COURANTS</b>			
- Honoraires médicaux Généraliste praticien adhérent au DPTAM*	120% BR	120% BR	120% BR
- Honoraires médicaux Généraliste praticien non adhérent au DPTAM*	100% BR	100% BR	100% BR
- Honoraires médicaux Spécialiste praticien adhérent au DPTAM*	170% BR	220% BR	220% BR
- Honoraires médicaux Spécialiste praticien non adhérent au DPTAM*	150% BR	200% BR	200% BR
- Actes techniques médicaux sans séjour praticien adhérent au DPTAM*	120% BR	220% BR	220% BR
- Actes techniques médicaux sans séjour praticien non adhérent au DPTAM*	100% BR	200% BR	200% BR
- Examens, radios praticien adhérent au DPTAM*	100% BR	100% BR	100% BR
- Examens, radios praticien non adhérent au DPTAM*	100% BR	100% BR	100% BR
- Honoraires paramédicaux (hors sage femme)	100% BR	100% BR	100% BR
- Sage femme	120% BR	120% BR	120% BR
- Analyses et examens de laboratoire	100% BR	100% BR	100% BR
- Transports pris en charge par le RO	100% BR	100% BR	100% BR
<b>- Médicaments (2)</b>			
- Pharmacie prescrite prise en charge par le RO	100% BR	100% BR	100% BR
<b>- Matériel médical (2)</b>			
- Appareillage (hors optique, dentaire et aides auditives)	100% BR	200% BR	300% BR
- Forfait petit appareillage (hors appareillages auditifs et équipements optiques)	25,00 €/ an	35,00 €/ an	50,00 €/ an
- Véhicule codifié VEH par le Régime Obligatoire (fauteuil roulant, ...). (Part mutuelle limitée à 1 500€)	100% BR	200% BR	300% BR
<b>OPTIQUE (2) tel que défini réglementairement (4)</b>			
- Chirurgie réfractive : forfait par œil/ an/ bénéficiaire	10% PMSS soit 386,40 €	22% PMSS soit 850,08 €	35% PMSS soit 1 352,40 €
- Lentilles acceptées par le RO/ an/ bénéficiaire	100% BR + 3% PMSS soit 115,92 €	100% BR + 3% PMSS soit 115,92 €	100% BR + 5% PMSS soit 193,20 €
- Lentilles refusées par le RO/ an/ bénéficiaire	-	3% PMSS soit 115,92 €	5% PMSS soit 193,20 €
<b>A compter de la date d'acquisition : ADULTE : 1 équipement tous les 2 ans sauf en cas d'évolution de la vue, ENFANTS DE MOINS DE 16 ANS : 1 équipement par an (3)</b>			
<b>- Equipement classe A (100% santé)</b>			
- Autres prestations sur verres et monture (filtres, prismes, adaptation de la correction visuelle)	100% des frais réels au-delà de la prise en charge par le régime obligatoire, dans la limite des prix limites de vente optique		
<b>- Equipement classe B (hors 100% santé). Remboursement dans la limite des plafonds des contrats responsables</b>			
- Monture	RO inclus dans la limite du forfait de 80,00€	RO inclus dans la limite du forfait de 100,00 €	RO inclus dans la limite du forfait de 100,00 €
- Verres simples	RO inclus dans la limite du forfait de 80,00 € (40€/verre)	RO inclus dans la limite du forfait de 240,00 € (120€/verre)	RO inclus dans la limite du forfait de 290,00 € (145€/verre)
- Verres complexes	RO inclus dans la limite du forfait de 180,00 € (90€/verre)	RO inclus dans la limite du forfait de 440,00 € (220€/verre)	RO inclus dans la limite du forfait de 460,00 € (230€/verre)
- Un verre simple + un verre complexe	RO inclus dans la limite du forfait de 130,00 € (40€ + 90€)	RO inclus dans la limite du forfait de 340,00 € (120€ + 220€)	RO inclus dans la limite du forfait de 375,00 € (145€ + 230€)
- Verres très complexes	RO inclus dans la limite du forfait de 300,00 € (150€/verre)	RO inclus dans la limite du forfait de 525,00 € (262,50€/verre)	RO inclus dans la limite du forfait de 570,00 € (285€/verre)
- Un verre simple + un verre très complexe	RO inclus dans la limite du forfait de 190,00 € (40€ + 150€)	RO inclus dans la limite du forfait de 382,50 € (120€ + 262,50€)	RO inclus dans la limite du forfait de 430,00 € (145€ + 285€)
- Un verre complexe + un verre très complexe	RO inclus dans la limite du forfait de 240,00 € (90€ + 150€)	RO inclus dans la limite du forfait de 482,50 € (220€ + 262,50€)	RO inclus dans la limite du forfait de 515,00 € (230€ + 285€)
- Autres prestations sur verres et monture (filtres, prismes, adaptation de la correction visuelle)	100% BR	100% BR	100% BR
<i>Le montant des remboursements optique s'entend y compris les remboursements déjà opérés par le RO ainsi que par les garanties complémentaires souscrites qui interviennent avant la garantie prévue à ce contrat et dans la limite des frais facturés</i>			
<b>DENTAIRE (2) tel que défini réglementairement (4)</b>			
<b>- Soins et prothèses (100% santé)</b>			
100% des frais réels au-delà de la prise en charge par le régime obligatoire, dans la limite des honoraires limites de facturation			
<b>- Soins et prothèses (hors 100% santé) :</b>			
- Honoraires médicaux chirurgien dentiste	120% BR	120% BR	120% BR
- Honoraires médicaux dentiste spécialiste	170% BR	220% BR	220% BR
- Actes techniques médicaux dentaires sans séjour	120% BR	220% BR	220% BR
- Examens, radios dentaires	100% BR	100% BR	100% BR
- Soins	125% BR	125% BR	125% BR
- Inlays/ Onlays	125% BR	175% BR	200% BR
- Inlays-core	150% BR	175% BR	200% BR
- Prothèses fixes dents du sourire (incisives, canines, prémolaires) (maxi 3 par an) (4 bis)	275% BR	350% BR	450% BR
- Prothèses fixes autres dents (molaires) (maxi 3 par an) (4 bis)	200% BR	250% BR	350% BR
<b>- Autres prestations dentaires :</b>			
- Implantologie non prise en charge par le RO (maxi 2 tous les 3 ans/ bénéficiaire) (4 ter)	8% PMSS soit 309,12 €/ implant + pilier	12% PMSS soit 463,68 €/ implant + pilier	12% PMSS soit 463,68 €/ implant + pilier
- Parodontologie prise en charge par le RO	150% BR	150% BR	150% BR
- Orthodontie prise en charge par le RO	200% BR	250% BR	300% BR
- Désobturation endodontique (maxi 2 actes tous les 3 ans/ bénéficiaire) (4 ter)	2% PMSS soit 77,28 €	2,50% PMSS soit 96,60 €	2,50% PMSS soit 96,60 €

<b>AIDES AUDITIVES (2) tel que défini réglementairement (4)</b>			
<b>A compter de la date d'acquisition, 1 aide auditive par oreille tous les 4 ans (3 bis)</b>			
<b>- Equipement classe I (100% santé)</b>	100% des frais réels au-delà de la prise en charge par le régime obligatoire, dans la limite des prix limites de vente de l'aide auditive		
- Prothèse Auditive par oreille/ bénéficiaire			
<b>- Equipement classe II (hors 100% santé), Remboursement dans la limite des plafonds des contrats responsables soit 1700€ (RO inclus)</b>			
- Prothèse Auditive par oreille/ bénéficiaire	100% BR	100% BR + 10% PMSS soit 386,40 €	100% BR + 20% PMSS soit 772,80 €
- Accessoires, entretien, piles, réparations	100% BR	100% BR	100% BR
<b>PREVENTION ET SANTE AU QUOTIDIEN (2)</b>			
- Prestations de prévention prévues à l'article 1 de l'arrêté du 8 juin 2006	100% BR	100% BR	100% BR
- Séance de psychologue remboursée par le RO (MonParcousPsy)	100% BR	100% BR	100% BR
- Sevrage tabagique et moyens de contraception non pris en charge/ an/ bénéficiaire	1,50% PMSS soit 57,96€	2% PMSS soit 77,28 €	4% PMSS soit 154,56 €
- Vaccin anti-grippe et vaccins non pris en charge par le RO/ an/ bénéficiaire	1,50% PMSS soit 57,96€	2% PMSS soit 77,28 €	2% PMSS soit 77,28 €
- Médicaments prescrits pour la prévention du paludisme, la fièvre jaune et autres maladies infectieuses liées aux voyages et non pris en charge par le RO/ an/ bénéficiaire	2% PMSS soit 77,28 €	2% PMSS soit 77,28 €	2% PMSS soit 77,28 €
- Ostéodensitométrie prise en charge par le RO/ an/ bénéficiaire	100% BR + 13,00 €	100% BR + 25,00 €	100% BR + 38,00 €
- Ostéodensitométrie non prise en charge par le RO/ an/ bénéficiaire	-	25,00 €	50,00 €
- Cures thermales acceptées par le RO (soins, hébergement, transport)	100% BR	100% BR	100% BR
- Forfait pour l'hébergement accepté ou non par le RO/ an/ bénéficiaire	-	5% PMSS soit 193,20 €	7% PMSS soit 270,48 €
- Diététicien non pris en charge par le RO/ an/ bénéficiaire	25,00 €/ séance (maxi 2)	25,00 €/ séance (maxi 2)	25,00 €/ séance (maxi 2)
- Prestations Bien être non prises en charge par le RO/ an/ bénéficiaire (5)	25,00 €/ séance (maxi 2)	35,00 €/ séance (maxi 3)	45,00 €/ séance (maxi 4)
<b>HOSPITALISATION ET SOINS A L'ETRANGER : si le remboursement des soins s'effectue sur la base du régime obligatoire français</b>	<b>OUI</b>	<b>OUI</b>	<b>OUI</b>
<b>ASSISTANCE (6)</b>	<b>OUI</b>	<b>OUI</b>	<b>OUI</b>
<b>TELECONSULTATION MEDAVIZ (7)</b>	<b>OUI</b>	<b>OUI</b>	<b>OUI</b>
<b>DEUXIEME AVIS (8)</b>	<b>OUI</b>	<b>OUI</b>	<b>OUI</b>
<b>TIERS PAYANT</b>	<b>OUI</b>	<b>OUI</b>	<b>OUI</b>

Conformément à la réglementation des contrats responsables, la Mutuelle ne prend pas en charge les franchises annuelles mentionnées à l'article L322-2 du code de la Sécurité Sociale.

#### CONDITIONS GÉNÉRALES DE PRISE EN CHARGE :

- Les remboursements sont limités aux frais réels et sous réserve de prise en charge par le régime obligatoire (sauf mention contraire).
- Les pourcentages indiqués s'appliquent sur la Base de Remboursement du régime obligatoire.
- Les taux de régime obligatoire sont donnés à titre indicatif dans le cadre du respect des dispositions des contrats responsables.
- Le remboursement du régime obligatoire inclut la participation forfaitaire de 1€.
- Pour les praticiens non conventionnés le remboursement est effectué sur la base du tarif d'autorité.

(\* DPTAM (dispositif pratique tarifaire maîtrisée) est un engagement pris par le médecin pour limiter ses dépassements d'honoraires. La prise en charge des dépassements d'honoraires est minorée d'un montant égal à 20% de la Base de Remboursement du Régime Obligatoire pour les médecins n'ayant pas adhéré au DPTAM (avec un minimum de 100% de la Base de Remboursement et un maximum de 200% de la Base de Remboursement).

(1) Séjours exclus : longs séjours en maisons de cures médicales et retraite, maisons d'enfants spécialisées à caractère sanitaire et scolaire de type permanent, instituts ou centres médico-éducatifs, médico-psycho-pédagogiques, médico-professionnels et de rééducation, centres de rééducation professionnelle.

(2) Sur présentation d'un justificatif.

(3) **Conditions de renouvellement optique** : Pour les adultes et pour les enfants de 16 ans et plus, le renouvellement de la prise en charge d'un équipement (respectivement une monture et deux verres) est possible au terme d'une période minimale de deux ans après la dernière prise en charge d'un équipement (respectivement une monture et deux verres). Pour les enfants de plus de 6 ans et de moins de 16 ans, le renouvellement de la prise en charge d'un équipement (respectivement une monture et deux verres) est possible au terme d'une période minimale d'un an après le dernier remboursement d'un équipement (respectivement une monture et deux verres). Pour les enfants jusqu'à 6 ans, le renouvellement de la prise en charge d'un équipement (respectivement une monture et deux verres) est possible au terme d'une période minimale de 6 mois après le dernier remboursement d'un équipement (respectivement une monture et deux verres) uniquement en cas de mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage de l'enfant entraînant une perte d'efficacité du verre correcteur. Dans les autres cas, le délai d'un an mentionné à l'alinéa précédent s'applique. Les différents délais s'entendent par rapport à la date de délivrance du dernier dispositif concerné pour l'application du délai. Les différents délais sont également applicables pour le renouvellement séparé des éléments de l'équipement. Par dérogation aux dispositions précédentes, le renouvellement anticipé de la prise en charge pour raison médicale d'un équipement (respectivement une monture et deux verres) pour les adultes et enfants d'au moins 16 ans est permis au terme d'une période minimale d'un an lorsqu'intervient une dégradation des performances oculaires dans au moins l'une des situations suivantes : variations de la sphère ou du cylindre d'au moins 0,5 dioptrie d'un verre, ou d'au moins 0,25 dioptrie pour chacun des deux verres ; variation d'au moins 0,5 dioptrie de l'addition (pour un verre), ou d'au moins 0,25 dioptrie pour chacun des deux verres en cas de presbytie et en l'absence de variation de la vision de loin, somme des variations (en valeur absolue) de loin et de près d'au moins 0,5 dioptrie (pour un verre), en cas de presbytie et en présence de variation de la vision de loin, variation de l'axe du cylindre de plus de 20° pour un cylindre (+) inférieur ou égal à 1,00 dioptrie, variation de l'axe du cylindre de plus de 10° pour un cylindre (+) de 1,25 à 4,00 dioptries, variation de l'axe du cylindre de plus de 5° pour un cylindre (+) > 4,00 dioptries. La justification d'une évolution de la vue doit être effectuée soit au travers d'une nouvelle prescription médicale, qui est comparée à la prescription médicale précédente, soit selon les dispositions de l'article D. 4362-12-1 du code de la santé publique lorsque l'opticien-lunetier adapte la prescription médicale lors d'un renouvellement de délivrance. Par dérogation aux dispositions précédentes, pour les enfants de moins de 16 ans, aucun délai de renouvellement minimal des verres n'est applicable lorsqu'intervient une dégradation des performances oculaires objectivée par un ophtalmologiste sur une prescription médicale. Par dérogation aux dispositions précédentes, aucun délai de renouvellement minimal des verres n'est applicable en cas d'évolution de la réfraction liée à des situations médicales particulières, précisées par la liste fixée ci-après et sous réserve d'une nouvelle prescription médicale ophtalmologique : les troubles de réfraction associés à une pathologie ophtalmologique, glaucome, hypertension intraoculaire isolée, DMLA et atteintes maculaires évolutives, rétinopathie diabétique, opération de la cataracte datant de moins de 1 an, cataracte évolutive à composante réfractive, tumeurs oculaires et palpébrales, antécédents de chirurgie réfractive datant de moins de 6 mois, antécédents de traumatisme de l'œil sévère datant de moins de 1 an, greffe de cornée datant de moins de 1 an, kératocône évolutif, kératopathies évolutives, dystrophie cornéenne, amblyopie, diplopie récente ou évolutive, les troubles de réfraction associés à une pathologie générale, diabète, maladies auto-immunes (notamment Basedow, sclérose en plaques, polyarthrite rhumatoïde, lupus, spondylarthrite ankylosante), hypertension artérielle mal contrôlée, sida, affections neurologiques à composante oculaire, cancers primitifs de l'œil ou autres cancers pouvant être associés à une localisation oculaire secondaire ou à un syndrome paranéoplasique, les troubles de réfraction associés à la prise de corticoïdes, antipaludéens de synthèse, tout autre médicament qui, pris au long cours, peut entraîner des complications oculaires. La mention par l'ophtalmologiste sur l'ordonnance est indispensable.

Plafonds optique dans le cadre des contrats responsables :

Monture : 100€

Monture + 2 verres simples : 420€

Monture + 1 verre simple et 1 verre complexe : 560€

Monture + 1 verre simple et 1 verre très complexe : 610€

Monture + 2 verres complexes : 700€

Monture + 2 verres très complexes : 800€

Monture + 1 verre complexe et 1 verre très complexe : 750€

(3 bis) **Conditions de renouvellement aide auditive** : La prise en charge d'une aide auditive ne peut se faire que sur prescription médicale. Le renouvellement de la prise en charge d'une aide auditive ne peut intervenir avant une période de 4 ans suivant la date de délivrance de l'aide auditive précédente. L'appréciation de la période susmentionnée se fait à partir du dernier remboursement effectué par l'assurance maladie obligatoire. Ce délai de renouvellement s'entend pour chaque oreille indépendamment.

(4) Tels que définis réglementairement et visés à l'art R. 871-2 du code de la sécurité sociale.

(4 bis) Limité à 3 prothèses par an/par bénéficiaire pour les paniers libre et maîtrisé, au-delà prise en charge 125% BR (Couronnes, bridges et inter de bridge/Couronnes sur implant/Prothèses dentaires amovibles ou fixes/Réparation sur prothèses).

(4 ter) La durée des 3 ans est considérée à partir de la date des premiers actes ou soins réalisés et ayant donné lieu à remboursement.

(5) Les consultations suivantes : acupuncteur, chiropracteur, étiope, hypnothérapeute, micro-kinésithérapeute, orthopédiste-orthésiste, ostéopathe, pédicure-podologue, psychologue, psychomotricien, sophrologue. En dehors des consultations, seules les orthèses plantaires sont prises en charge.

(6) La nature des interventions ainsi que leurs conditions de mise en oeuvre sont décrites dans un feuillet spécifique, Prestations assurées par Fil Assistance.

(7) MEDAVIZ est une offre de téléconsultation accessible 24h/24 et 7j/7. Le dispositif est détaillé dans un feuillet spécifique.

(8) DEUXIEME AVIS permet un avis de médecin spécialisé. Le dispositif est détaillé dans un feuillet spécifique.



## Exemples de Remboursement

Contrat d'assurance santé responsable <sup>2</sup>	Tarif le plus souvent facturé, ou tarif réglementé	Base de remboursement de la sécurité sociale (BR) <sup>3</sup>	Remboursement assurance maladie obligatoire (AMO)	Remboursement assurance maladie complémentaire (AMC)	Reste à charge
<b>Hospitalisation</b>					
Forfait journalier hospitalier (hébergement)	20 € (15 € en service psychiatrique)	0 €	0 €	20 € (15 €)	0,00 €
Chambre particulière * (sur demande du patient)	Non connu (NC)	Non remboursé	Non remboursé	57,96 €	Selon les frais engagés
<b>Séjours avec actes lourds</b>					
L'hôpital public inclut la rémunération des praticiens dans les frais de séjour, alors que leurs honoraires sont facturés séparément dans le secteur privé					
<b>Exemple d'une opération chirurgicale de la cataracte, en secteur privé</b>					
Frais de séjour	Différent selon public/privé	BR	BR – 24 €	24,00 €	0,00 €
Frais de séjour en secteur privé	794,12 €	794,12€	770,12 €	24,00 €	0,00 €
Honoraires médecins adhérents OPTAM ou OPTAM-CO	Dépassements maîtrisés	BR	100 % BR	Dépassements si prévus au contrat	Selon contrat
Opération en secteur privé : honoraires chirurgien	422 €	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 €	271,70 €	271,70 €	135,85 €	55,45 €
<b>Séjours sans acte lourd</b>					
L'hôpital public inclut la rémunération des praticiens dans les frais de séjour, alors que leurs honoraires sont facturés séparément dans le secteur privé					
<b>Exemple d'un suivi d'une pneumonie ou pleurésie pour un patient de plus de 17 ans, en hôpital public</b>					
Frais de séjour	Différent selon public/privé	BR	80 % BR	20 % BR	0,00 €
Frais de séjour en secteur public	3344, 37€	3344, 37€	2675, 50€	668, 87 €	0,00 €
<b>Soins courants</b>					
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	26,50 €	26,50 €	17,55 €	7,95 €	1 € de participation forfaitaire
Ex : consultation pédiatre pour enfant de 2 à 6 ans	33,50 €	33,50 €	23,45 €	10,05 €	0,00 €
Ex : consultation médecin spécialiste pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie obstétrique, ophtalmologie, dermatologie, etc...)	31,50 €	31,50 €	21,05 €	9,45 €	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	49 €	33,50 €	23,45 €	25,55 €	0,00 €
Ex : consultation médecin spécialiste pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie obstétrique, ophtalmologie, dermatologie, etc...)	52 €	31,50 €	21,05 €	25,55 €	1 € de participation forfaitaire + 4,40 €
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	64 €	23 €	16,10 €	18,40 €	29,50 €
Ex : consultation médecin spécialiste pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie obstétrique, ophtalmologie, dermatologie, etc...)	65 €	23 €	15,10 €	18,40 €	1 € de participation forfaitaire + 30,50 €
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 <sup>2</sup>	Tarif le plus souvent facturé, ou tarif réglementé	Base de remboursement de la sécurité sociale (BR) <sup>3</sup>	Remboursement assurance maladie obligatoire (AMO)	Remboursement assurance maladie complémentaire (AMC)	Reste à charge
<b>Dentaire</b>					
Soins et prothèses 100% santé	Honoraire limite de facturation (HLF)	BR	60%* BR	40%* BR + dépassement dans la limite du plafond des honoraires	0,00 €
<i>Ex : pose d'une couronne céramo-métallique sur incisives, canines et premières prémolaires (HBLD634)</i>	500 €	120 €	72 €	428,00 €	0,00 €
Soins (hors 100% santé)	Tarif de convention	BR	60%* BR	40%* BR + dépassement si prévu au contrat	Selon contrat
<i>Ex : détartrage</i>	43,38 €	43,38 €	26,03 €	17,35 €	0,00 €
Prothèses (hors 100% santé)	Prix moyen national	BR	60%* BR	40%* BR + dépassement si prévu au contrat	Selon contrat
<i>Ex : couronne céramo-métallique sur molaires</i>	554 €	120 €	72 €	168,00 €	314,00 €
Orthodontie (moins de 16 ans)	Prix moyen national	BR	100 % BR	Dépassement si prévu au contrat	Selon contrat
<i>Ex : traitement par semestre (6 max)</i>	698€	193,50€	193,50 €	193,50 €	311,00 €
<b>Optique</b>					
Équipement 100% santé	Prix limite de vente (PLV)	BR	60 % BR	40 % BR + dépassement dans la limite des PLV <sup>4</sup>	0,00 €
<i>Ex : Verres simples et monture</i>	42,5 € (par verre) + 30 € (monture)	12,75 € par verre + 9 €	7,65 € par verre + 5,4 €	34,85 € par verre + 24,6 €	0,00 €
<i>Ex : Verres progressifs et monture</i>	90 € (par verre) + 30 € (monture)	27 € par verre + 9 €	16,2 € par verre + 5,4 €	73,8 € par verre + 24,6 €	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>Ex : verres simples + monture</i>	107 € (par verre) + 142 € (monture)	0,05 € par verre + 0,05 €	0,03 € par verre + 0,03 €	159,91 €	196,00 €
<i>Ex : verres progressifs + monture</i>	239 € (par verre) + 142 € (monture)	0,05 € par verre + 0,05 €	0,03 € par verre + 0,03 €	259,91 €	360,00 €
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
<i>Forfait annuel</i>	NC	Non remboursé (dans le cas général)	Non remboursé (dans le cas général)	115,92 €	Selon les frais engagés
Chirurgie réfractive	Prix moyen national	Non remboursé	Non remboursé	Prise en charge si prévu au contrat	Selon contrat
<i>Ex : opération corrective de la myopie</i>	NC	Non remboursé	Non remboursé	386,40 €	Selon les frais engagés
<b>Aides auditives</b>					
Équipement 100% santé	Prix limite de vente (PLV)	BR	60% BR	40% BR + dépassement dans la limite des PLV	0,00 €
<i>Par oreille pour un patient de plus de 20 ans</i>	950 €	400 €	240 €	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>	1565 €	400 €	240 €	160,00 €	1 165,00 €
<i>* hors ambulatoire</i>					
<p>1 : Les exemples de remboursements sont donnés pour un assuré sans taux de prise en charge particulier et respectant le parcours de soins coordonnés.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>4 : Prix limite de vente.</p>					
<p>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 (<a href="https://unocam.fr/ressources/documents-a-telecharger/">https://unocam.fr/ressources/documents-a-telecharger/</a>)</p>					

## Exemples de Remboursement

Contrat d'assurance santé responsable <sup>2</sup>	Tarif le plus souvent facturé, ou tarif réglementé	Base de remboursement de la sécurité sociale (BR) <sup>3</sup>	Remboursement assurance maladie obligatoire (AMO)	Remboursement assurance maladie complémentaire (AMC)	Reste à charge
<b>Hospitalisation</b>					
Forfait journalier hospitalier (hébergement)	20 € (15 € en service psychiatrique)	0 €	0 €	20 € (15 €)	0,00 €
Chambre particulière * (sur demande du patient)	Non connu (NC)	Non remboursé	Non remboursé	<b>77,28 €</b>	Selon les frais engagés
<b>Séjours avec actes lourds</b>					
L'hôpital public inclut la rémunération des praticiens dans les frais de séjour, alors que leurs honoraires sont facturés séparément dans le secteur privé					
<b>Exemple d'une opération chirurgicale de la cataracte, en secteur privé</b>					
Frais de séjour	Différent selon public/privé	BR	BR – 24 €	24,00 €	0,00 €
Frais de séjour en secteur privé	794,12 €	794,12€	770,12 €	24,00 €	0,00 €
Honoraires médecins adhérents OPTAM ou OPTAM-CO	Dépassements maîtrisés	BR	100 % BR	Dépassements si prévus au contrat	Selon contrat
Opération en secteur privé : honoraires chirurgien	422 €	271,70 €	271,70 €	<b>150,30 €</b>	<b>0,00 €</b>
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 €	271,70 €	271,70 €	<b>191,30 €</b>	<b>0,00 €</b>
<b>Séjours sans acte lourd</b>					
L'hôpital public inclut la rémunération des praticiens dans les frais de séjour, alors que leurs honoraires sont facturés séparément dans le secteur privé					
<b>Exemple d'un suivi d'une pneumonie ou pleurésie pour un patient de plus de 17 ans, en hôpital public</b>					
Frais de séjour	Différent selon public/privé	BR	80 % BR	20 % BR	0,00 €
Frais de séjour en secteur public	3344, 37€	3344, 37€	2675, 50€	668, 87 €	0,00 €
<b>Soins courants</b>					
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	26,50 €	26,50 €	17,55 €	7,95 €	1 € de participation forfaitaire
Ex : consultation pédiatre pour enfant de 2 à 6 ans	33,50 €	33,50 €	23,45 €	10,05 €	0,00 €
Ex : consultation médecin spécialiste pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie obstétrique, ophtalmologie, dermatologie, etc...)	31,50 €	31,50 €	21,05 €	9,45 €	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	49 €	33,50 €	23,45 €	<b>25,55 €</b>	<b>0,00 €</b>
Ex : consultation médecin spécialiste pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie obstétrique, ophtalmologie, dermatologie, etc...)	52 €	31,50 €	21,05 €	<b>29,95 €</b>	1 € de participation forfaitaire + <b>0,00 €</b>
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	64 €	23 €	16,10 €	<b>29,90 €</b>	<b>18,00 €</b>
Ex : consultation médecin spécialiste pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie obstétrique, ophtalmologie, dermatologie, etc...)	65 €	23 €	15,10 €	<b>29,90 €</b>	1 € de participation forfaitaire + <b>19,00 €</b>
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 €	<b>11,35 €</b>	<b>0,00 €</b>

Contrat d'assurance santé responsable <sup>2</sup>	Tarif le plus souvent facturé, ou tarif réglementé	Base de remboursement de la sécurité sociale (BR) <sup>3</sup>	Remboursement assurance maladie obligatoire (AMO)	Remboursement assurance maladie complémentaire (AMC)	Reste à charge
<b>Dentaire</b>					
Soins et prothèses 100% santé	Honoraire limite de facturation (HLF)	BR	60%* BR	40%* BR + dépassement dans la limite du plafond des honoraires	0,00 €
<i>Ex : pose d'une couronne céramo-métallique sur incisives, canines et premières prémolaires (HBLD634)</i>	500 €	120 €	72 €	428,00 €	0,00 €
Soins (hors 100% santé)	Tarif de convention	BR	60%* BR	40%* BR + dépassement si prévu au contrat	Selon contrat
<i>Ex : détartrage</i>	43,38 €	43,38 €	26,03 €	17,35 €	0,00 €
Prothèses (hors 100% santé)	Prix moyen national	BR	60%* BR	40%* BR + dépassement si prévu au contrat	Selon contrat
<i>Ex : couronne céramo-métallique sur molaires</i>	554 €	120 €	72 €	228,00 €	254,00 €
Orthodontie (moins de 16 ans)	Prix moyen national	BR	100 % BR	Dépassement si prévu au contrat	Selon contrat
<i>Ex : traitement par semestre (6 max)</i>	698€	193,50€	193,50 €	290,25 €	214,25 €
<b>Optique</b>					
Équipement 100% santé	Prix limite de vente (PLV)	BR	60 % BR	40 % BR + dépassement dans la limite des PLV <sup>4</sup>	0,00 €
<i>Ex : Verres simples et monture</i>	42,5 € (par verre) + 30 € (monture)	12,75 € par verre + 9 €	7,65 € par verre + 5,4 €	34,85 € par verre + 24,6 €	0,00 €
<i>Ex : Verres progressifs et monture</i>	90 € (par verre) + 30 € (monture)	27 € par verre + 9 €	16,2 € par verre + 5,4 €	73,8 € par verre + 24,6 €	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>Ex : verres simples + monture</i>	107 € (par verre) + 142 € (monture)	0,05 € par verre + 0,05 €	0,03 € par verre + 0,03 €	314,00 €	42,00 €
<i>Ex : verres progressifs + monture</i>	239 € (par verre) + 142 € (monture)	0,05 € par verre + 0,05 €	0,03 € par verre + 0,03 €	539,91 €	80,00 €
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
<i>Forfait annuel</i>	NC	Non remboursé (dans le cas général)	Non remboursé (dans le cas général)	115,92 €	Selon les frais engagés
Chirurgie réfractive	Prix moyen national	Non remboursé	Non remboursé	Prise en charge si prévu au contrat	Selon contrat
<i>Ex : opération corrective de la myopie</i>	NC	Non remboursé	Non remboursé	850,08 €	Selon les frais engagés
<b>Aides auditives</b>					
Équipement 100% santé	Prix limite de vente (PLV)	BR	60% BR	40% BR + dépassement dans la limite des PLV	0,00 €
<i>Par oreille pour un patient de plus de 20 ans</i>	950 €	400 €	240 €	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>	1565 €	400 €	240 €	526,60 €	798,40 €
<i>* hors ambulatoire</i>					
<p>1 : Les exemples de remboursements sont donnés pour un assuré sans taux de prise en charge particulier et respectant le parcours de soins coordonnés.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>4 : Prix limite de vente.</p>					
<p>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 (<a href="https://unocam.fr/ressources/documents-a-telecharger/">https://unocam.fr/ressources/documents-a-telecharger/</a>)</p>					

## Exemples de Remboursement

Contrat d'assurance santé responsable <sup>2</sup>	Tarif le plus souvent facturé, ou tarif réglementé	Base de remboursement de la sécurité sociale (BR) <sup>3</sup>	Remboursement assurance maladie obligatoire (AMO)	Remboursement assurance maladie complémentaire (AMC)	Reste à charge
<b>Hospitalisation</b>					
Forfait journalier hospitalier (hébergement)	20 € (15 € en service psychiatrique)	0 €	0 €	20 € (15 €)	0,00 €
Chambre particulière * (sur demande du patient)	Non connu (NC)	Non remboursé	Non remboursé	115,92 €	Selon les frais engagés
<b>Séjours avec actes lourds</b>					
L'hôpital public inclut la rémunération des praticiens dans les frais de séjour, alors que leurs honoraires sont facturés séparément dans le secteur privé					
<b>Exemple d'une opération chirurgicale de la cataracte, en secteur privé</b>					
Frais de séjour	Différent selon public/privé	BR	BR – 24 €	24,00 €	0,00 €
Frais de séjour en secteur privé	794,12 €	794,12€	770,12 €	24,00 €	0,00 €
Honoraires médecins adhérents OPTAM ou OPTAM-CO	Dépassements maîtrisés	BR	100 % BR	Dépassements si prévus au contrat	Selon contrat
Opération en secteur privé : honoraires chirurgien	422 €	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 €	271,70 €	271,70 €	191,30 €	0,00 €
<b>Séjours sans acte lourd</b>					
L'hôpital public inclut la rémunération des praticiens dans les frais de séjour, alors que leurs honoraires sont facturés séparément dans le secteur privé					
<b>Exemple d'un suivi d'une pneumonie ou pleurésie pour un patient de plus de 17 ans, en hôpital public</b>					
Frais de séjour	Différent selon public/privé	BR	80 % BR	20 % BR	0,00 €
Frais de séjour en secteur public	3344, 37€	3344, 37€	2675, 50€	668, 87 €	0,00 €
<b>Soins courants</b>					
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	26,50 €	26,50 €	17,55 €	7,95 €	1 € de participation forfaitaire
Ex : consultation pédiatre pour enfant de 2 à 6 ans	33,50 €	33,50 €	23,45 €	10,05 €	0,00 €
Ex : consultation médecin spécialiste pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie obstétrique, ophtalmologie, dermatologie, etc...)	31,50 €	31,50 €	21,05 €	9,45 €	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	49 €	33,50 €	23,45 €	25,55 €	0,00 €
Ex : consultation médecin spécialiste pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie obstétrique, ophtalmologie, dermatologie, etc...)	52 €	31,50 €	21,05 €	29,95 €	1 € de participation forfaitaire + 0,00 €
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	64 €	23 €	16,10 €	29,90 €	18,00 €
Ex : consultation médecin spécialiste pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie obstétrique, ophtalmologie, dermatologie, etc...)	65 €	23 €	15,10 €	29,90 €	1 € de participation forfaitaire + 19,00 €
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 <sup>2</sup>	Tarif le plus souvent facturé, ou tarif réglementé	Base de remboursement de la sécurité sociale (BR) <sup>3</sup>	Remboursement assurance maladie obligatoire (AMO)	Remboursement assurance maladie complémentaire (AMC)	Reste à charge
<b>Dentaire</b>					
<b>Soins et prothèses 100% santé</b>	<b>Honoraire limite de facturation (HLF)</b>	<b>BR</b>	<b>60%* BR</b>	<b>40%* BR + dépassement dans la limite du plafond des honoraires</b>	<b>0,00 €</b>
<i>Ex : pose d'une couronne céramo-métallique sur incisives, canines et premières prémolaires (HBLD634)</i>	500 €	120 €	72 €	428,00 €	0,00 €
<b>Soins (hors 100% santé)</b>	<b>Tarif de convention</b>	<b>BR</b>	<b>60%* BR</b>	<b>40%* BR + dépassement si prévu au contrat</b>	<b>Selon contrat</b>
<i>Ex : détartrage</i>	43,38 €	43,38 €	26,03 €	17,35 €	0,00 €
<b>Prothèses (hors 100% santé)</b>	<b>Prix moyen national</b>	<b>BR</b>	<b>60%* BR</b>	<b>40%* BR + dépassement si prévu au contrat</b>	<b>Selon contrat</b>
<i>Ex : couronne céramo-métallique sur molaires</i>	554 €	120 €	72 €	348,00 €	134,00 €
<b>Orthodontie (moins de 16 ans)</b>	<b>Prix moyen national</b>	<b>BR</b>	<b>100 % BR</b>	<b>Dépassement si prévu au contrat</b>	<b>Selon contrat</b>
<i>Ex : traitement par semestre (6 max)</i>	698€	193,50€	193,50 €	387,00 €	117,50 €
<b>Optique</b>					
<b>Équipement 100% santé</b>	<b>Prix limite de vente (PLV)</b>	<b>BR</b>	<b>60 % BR</b>	<b>40 % BR + dépassement dans la limite des PLV<sup>4</sup></b>	<b>0,00 €</b>
<i>Ex : Verres simples et monture</i>	42,5 € (par verre) + 30 € (monture)	12,75 € par verre + 9 €	7,65 € par verre + 5,4 €	34,85 € par verre + 24,6 €	0,00 €
<i>Ex : Verres progressifs et monture</i>	90 € (par verre) + 30 € (monture)	27 € par verre + 9 €	16,2 € par verre + 5,4 €	73,8 € par verre + 24,6 €	0,00 €
<b>Équipement (hors 100% santé)</b>	<b>Prix moyen national</b>	<b>BR</b>	<b>60 % BR</b>	<b>40 % BR + dépassement si prévu au contrat, dans la limite des plafonds réglementaires</b>	<b>Selon contrat</b>
<i>Ex : verres simples + monture</i>	107 € (par verre) + 142 € (monture)	0,05 € par verre + 0,05 €	0,03 € par verre + 0,03 €	314,00 €	42,00 €
<i>Ex : verres progressifs + monture</i>	239 € (par verre) + 142 € (monture)	0,05 € par verre + 0,05 €	0,03 € par verre + 0,03 €	559,91 €	60,00 €
<b>Lentilles</b>	<b>Prix moyen national</b>	<b>Pas de prise en charge (dans le cas général)</b>	<b>Pas de prise en charge (dans le cas général)</b>	<b>Prise en charge si prévu au contrat</b>	<b>Selon contrat</b>
<i>Forfait annuel</i>	NC	Non remboursé (dans le cas général)	Non remboursé (dans le cas général)	193,20 €	Selon les frais engagés
<b>Chirurgie réfractive</b>	<b>Prix moyen national</b>	<b>Non remboursé</b>	<b>Non remboursé</b>	<b>Prise en charge si prévu au contrat</b>	<b>Selon contrat</b>
<i>Ex : opération corrective de la myopie</i>	NC	Non remboursé	Non remboursé	1 352,40 €	Selon les frais engagés
<b>Aides auditives</b>					
<b>Équipement 100% santé</b>	<b>Prix limite de vente (PLV)</b>	<b>BR</b>	<b>60% BR</b>	<b>40% BR + dépassement dans la limite des PLV</b>	<b>0,00 €</b>
<i>Par oreille pour un patient de plus de 20 ans</i>	950 €	400 €	240 €	710,00 €	0,00 €
<b>Équipement (hors 100% santé)</b>	<b>Prix moyen national</b>	<b>BR</b>	<b>60% BR</b>	<b>40% BR + dépassement si prévu au contrat, dans la limite des plafonds réglementaires</b>	<b>Selon contrat</b>
<i>Par oreille pour un patient de plus de 20 ans</i>	1565 €	400 €	240 €	893,20 €	431,80 €
<i>* hors ambulatoire</i>					
<p>1 : Les exemples de remboursements sont donnés pour un assuré sans taux de prise en charge particulier et respectant le parcours de soins coordonnés.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>4 : Prix limite de vente.</p>					
<p>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 (<a href="https://unocam.fr/ressources/documents-a-telecharger/">https://unocam.fr/ressources/documents-a-telecharger/</a>)</p>					