

# **Vos garanties frais de santé 2026**

Sont présentés ci-après les montants totaux remboursés par l'organisme assureur au titre du **REGIME SOCLE OBLIGATOIRE RESPONSABLE** et des **OPTIONS 1, 2 ou 3 RESPONSABLES**.

**Ils viennent compléter ceux de la Sécurité sociale française et de tout autre organisme, dans la limite des frais réels engagés, et dans le respect du parcours de soins, que ce soit en secteur conventionné ou non.**

**Pour les garanties prises en charge par la Sécurité Sociale, le remboursement ne peut être inférieur à 100% TM.**

Tous les actes pratiqués en secteur non conventionné sont indemnisés sur la base du Tarif d'Autorité de la Sécurité sociale.

L'assuré bénéficie du tiers payant au minimum à hauteur des tarifs de responsabilité avec les professionnels de santé qui le pratiquent.

## TABLEAU DES GARANTIES ASSUREES



### MONTANT DES PRESTATIONS

Régime Socle	Socle + Option 1	Socle + Option 2	Socle + Option 3
--------------	------------------	------------------	------------------

**Responsable**

#### Hospitalisation (y compris frais de maternité)

Frais de séjour	100% TM + 50% BR	100% TM + 50% BR	100% TM + 150% BR	100% TM + 350% BR
<b>Honoraires</b>				
Médecins adhérents à l'un des DPTM	100% TM + 50% BR	100% TM + 50% BR	100% TM + 150% BR	100% TM + 350% BR
Médecins non adhérents à l'un des DPTM	100% TM + 30% BR	100% TM + 30% BR	100% TM + 100% BR	100% TM + 100% BR
Forfait journalier hospitalier sans limitation de durée (y compris en service psychiatrique)	100% des Frais réels	100% des Frais réels	100% des Frais réels	100% des Frais réels
Forfait actes lourds	100% du forfait	100% du forfait	100% du forfait	100% du forfait
Forfait patient urgences	100% du forfait	100% du forfait	100% du forfait	100% du forfait
Chambre particulière, y compris maternité (par jour)	-	1,5% PMSS <sup>1</sup>	2,5% PMSS <sup>1</sup>	3,5% PMSS <sup>1</sup>
Lit d'accompagnant d'un enfant de moins de 16 ans (par jour)	-	1% PMSS <sup>1</sup>	2% PMSS <sup>1</sup>	2% PMSS <sup>1</sup>

<sup>1</sup> PMSS en vigueur au 1<sup>er</sup> jour de l'hospitalisation

#### Maternité

Forfait maternité	5% PMSS <sup>2</sup>	10% PMSS <sup>2</sup>	15% PMSS <sup>2</sup>	20% PMSS <sup>2</sup>
Montant par enfant (y compris en cas d'adoption)				

<sup>2</sup> PMSS en vigueur à la date de la naissance ou de l'adoption

#### Dentaire

Soins et prothèses 100% Santé*	100% des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de la Sécurité Sociale, dans la limite des HLF			
<b>Soins (Hors 100% Santé)</b>				
Consultations, soins courants (y compris l'endodontie, les actes de prophylaxie et de prévention), la radiologie, la chirurgie et parodontologie, pris en charge par la Sécurité sociale	100% TM	100% TM + 50% BR	100% TM + 100% BR	100% TM + 350% BR
Parodontologie non prise en charge par la Sécurité Sociale (curetage / surfaçage, greffe gingivale et lambeau)	-	100 euros / an / bénéficiaire	200 euros/ an / bénéficiaire	400 euros / an / bénéficiaire

#### Prothèses (Hors 100% Santé)

##### Panier Maitrisé \*\*

Prothèses fixes (couronnes et bridges)	100% TM + 200% BR dans la limite de 100% HLF-MR	100% TM + 275% BR	100% TM + 300% BR	100% TM + 350% BR
Prothèses amovibles et prothèses provisoires	100% TM + 200% BR dans la limite de 100% HLF-MR	100% TM + 275% BR	100% TM + 300% BR	100% TM + 350% BR
Inlay Core	100% TM + 50% BR dans la limite de 100% HLF-MR	100% TM + 100% BR	100% TM + 150% BR	100% TM + 150% BR
Inlays onlays d'obturation	100% TM dans la limite des HLF	100% TM + 50% BR	100% TM + 100% BR	100% TM + 350% BR dans la limite de 100% HLF-MR



## MONTANT DES PRESTATIONS

Régime Socle	Socle + Option 1	Socle + Option 2	Socle + Option 3
Responsable			

### Panier Libre \*\*\*

Prothèses fixes (couronnes et bridges)	100% TM + 200% BR	100% TM + 275% BR	100% TM + 300% BR	100% TM + 350% BR
Prothèses amovibles et prothèses provisoires	100% TM + 200% BR	100% TM + 275% BR	100% TM + 300% BR	100% TM + 350% BR
Inlays Core	100% TM + 50% BR	100% TM + 100% BR	100% TM + 150% BR	100% TM + 150% BR
Inlays onlays d'obturation	100% TM	100% TM + 50% BR	100% TM + 100% BR	100% TM + 350% BR
Prothèses fixes non prises en charge par la Sécurité Sociale (couronnes et bridges sur dents vivantes ou non délabrées)	100% BR reconstituée	150% BR reconstituée	200% BR reconstituée	300% BR reconstituée
Orthopédie dento-faciale prise en charge par la Sécurité sociale	100% TM + 100% BR	100% TM + 150% BR	100% TM + 200% BR	100% TM + 350% BR
Orthopédie dento-faciale non prise en charge par la Sécurité sociale, par semestre	100% BR reconstituée	150% BR reconstituée	200% BR reconstituée	300% BR reconstituée
<b>Implantologie dentaire</b>				
Par implant	-	100 euros	450 euros	800 euros

### \*Soins et prothèses 100% Santé

Tels que définis réglementairement. 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 par la convention tels que prévu à l'article L. 162-9 du code de la Sécurité sociale (Honoraires Limite de Facturation : HLF) ou, en l'absence de convention applicable, par le règlement arbitral prévu à l'article L. 162-14-2 du code de la Sécurité sociale et sous déduction du Montant Remboursé par la Sécurité sociale (MR).

### \*\* Panier Maîtrisé

Cette garantie comprend la prise en charge des frais de soins dentaires prothétiques autre que les "Soins et prothèses 100% Santé" dont les honoraires de facturation sont limités et fixés par la convention tels que prévu à l'article L. 162-9 du code de la Sécurité sociale ou, en l'absence de convention applicable, par le règlement arbitral prévu à l'article L. 162-14-2 du code de la Sécurité sociale et sous déduction du Montant Remboursé par la Sécurité sociale (MR)

### \*\*\* Panier Libre

Cette garantie comprend la prise en charge des frais de soins dentaires prothétiques dont les honoraires de facturation ne sont pas limités et fixés par la convention tels que prévu à l'article L. 162-9 du code de la Sécurité Sociale.

### Soins courants

#### Honoraires médicaux

Consultation - Visite d'un médecin généraliste adhérent à l'un des DPTM	100% TM	100% TM + 50% BR	100% TM + 50% BR	100% TM + 350% BR
Consultation - Visite d'un médecin généraliste non adhérent à l'un des DPTM	100% TM	100% TM + 30% BR	100% TM + 30% BR	100% TM + 100% BR
Consultation - Visite d'un médecin spécialiste, neuropsychiatre adhérent à l'un des DPTM	100% TM	100% TM + 60% BR	100% TM + 100% BR	100% TM + 350% BR
Consultation - Visite d'un médecin spécialiste, neuropsychiatre non adhérent à l'un des DPTM	100% TM	100% TM + 40% BR	100% TM + 80% BR	100% TM + 100% BR
Séances d'accompagnement réalisées par un psychologue et prises en charge par la Sécurité Sociale <a href="https://monparcourspsy.sante.gouv.fr/">https://monparcourspsy.sante.gouv.fr/</a>	100% TM	100% TM	100% TM	100% TM
Actes techniques médicaux et actes de chirurgie pratiqués par un médecin adhérent à l'un des DPTM	100% TM	100% TM + 50% BR	100% TM + 100% BR	100% TM + 350% BR
Actes techniques médicaux et actes de chirurgie pratiqués par un médecin non adhérent à l'un des DPTM	100% TM	100% TM + 30% BR	100% TM + 80% BR	100% TM + 100% BR
Téléconsultation médicale Prise en charge au titre des honoraires médicaux	Inclus	Inclus	Inclus	Inclus

#### Imagerie médicale

Actes d'imagerie, échographies et dopplers pratiqués par un médecin adhérent à l'un des DPTM	100% TM	100% TM + 50% BR	100% TM + 100% BR	100% TM + 350% BR
Actes d'imagerie, échographies et dopplers pratiqués par un médecin non adhérent à l'un des DPTM	100% TM	100% TM + 30% BR	100% TM + 80% BR	100% TM + 100% BR



## MONTANT DES PRESTATIONS

Régime Socle	Socle + Option 1	Socle + Option 2	Socle + Option 3
--------------	------------------	------------------	------------------

**Responsable**

<b>Analyses et examens de laboratoire</b>				
Pris en charge par la Sécurité sociale	100% TM	100% TM + 20% BR	100% TM + 50% BR	100% TM + 350% BR
<b>Honoraires paramédicaux</b>				
Actes pratiqués par les auxiliaires médicaux : les infirmiers, les masseurs kinésithérapeutes, les orthophonistes, les orthoptistes	100% TM	100% TM + 20% BR	100% TM + 50% BR	100% TM + 350% BR
<b>Médicaments</b>				
Médicaments et vaccins pris en charge par la Sécurité sociale	100% TM	100% TM	100% TM	100% TM
Médicaments prescrits mais non pris en charge par la Sécurité Sociale	-	-	100 euros par an et par bénéficiaire	100 euros par an et par bénéficiaire
<b>Vaccins</b>				
Vaccin contre la grippe saisonnière, non remboursé par la Sécurité Sociale	100% des Frais réels	100% des Frais réels	100% des Frais réels	100% des Frais réels
Autres vaccins prescrits bénéficiant d'une autorisation de mise sur le marché (non pris en charge par la Sécurité Sociale)	10 euros par an et par bénéficiaire	10 euros par an et par bénéficiaire	10 euros par an et par bénéficiaire	10 euros par an et par bénéficiaire
<b>Matériel Médical</b>				
Equipement 100% santé ****	100% PLV-MR	100% PLV-MR	100% PLV-MR	100% PLV-MR
Appareillage, prothèses, produits et prestations diverses (hors postes prothèses dentaires, auditives et optiques), pris en charge par la Sécurité sociale.	100% TM	100% TM + 50% BR	100% TM + 100% BR	100% TM + 100% BR
<b>**** Equipement 100% santé</b>				
Cette garantie comprend la prise en charge prothèses capillaires de classe II à prise en charge renforcée et la prise en charge du forfait de mise à disposition et de livraison pour la location de courte durée des véhicules pour personnes en situation de handicap (VPH), tels que prévus aux titres I et IV de la liste prévue à l'article L.165-1 du Code de la Sécurité sociale, dans la limite des prix fixés (Prix Limite de Vente : PLV) en application de l'article L.165-3 du Code de la Sécurité sociale et sous déduction du Montant Remboursé par la Sécurité sociale (MR).				
<b>Médecines non conventionnelles</b>				
Actes thérapeutiques pour les actes cités ci-dessous, par séance	50 euros	50 euros	50 euros	50 euros
	Acupuncteur	Acupuncteur	Acupuncteur	Acupuncteur
	Chiropracteur	Chiropracteur	Chiropracteur	Chiropracteur
	Diététicien pour un enfant de moins de 12 ans	Diététicien pour un enfant de moins de 12 ans	Diététicien pour un enfant de moins de 12 ans	Diététicien pour un enfant de moins de 12 ans
	Etiopathe	Etiopathe	Etiopathe	Etiopathe
	Ostéopathe	Ostéopathe	Ostéopathe	Ostéopathe
	Pédicure – Podologue	Pédicure – Podologue	Pédicure – Podologue	Pédicure – Podologue
dans la limite, par année civile et par bénéficiaire, de :	3 séances	3 séances	4 séances	5 séances
Les médecines non conventionnelles ne sont pas prises en charge par la Sécurité sociale. Nous prenons en charge les actes suivants sous réserve que le praticien soit un professionnel de santé inscrit à l'un des répertoires suivants : ADELI ou RPPS. Ce professionnel doit donc être un médecin, un ostéopathe ou un auxiliaire médical au sens du Livre III de la 4e partie du Code de la santé publique (infirmier, masseur-kinésithérapeute, orthophoniste, orthoptiste, pédicure-podologue, etc.), un ostéopathe ou un psychologue.				
<b>Aides auditives</b>				
Equipements 100% Santé * Classe 1	100% des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de la Sécurité Sociale, dans la limite des PLV			
<b>Equipements à tarifs libres Classe 2</b>				
Adultes- bénéficiaires de 21 ans ou plus	600 euros - MR	600 euros - MR	700 euros - MR	700 euros - MR
Enfants - bénéficiaires de moins de 21 ans ou personnes atteintes de cécité (entendue comme une acuité visuelle inférieure à 1/20ème après correction)	1600 euros - MR	1600 euros - MR	1700 euros - MR	1700 euros - MR



## MONTANT DES PRESTATIONS

Régime Socle	Socle + Option 1	Socle + Option 2	Socle + Option 3
--------------	------------------	------------------	------------------

**Responsable**

Accessoires, entretien et piles pris en charge par la Sécurité sociale	100% TM	100% TM	100% TM	100% TM
<b>* Equipements 100% Santé</b>				
Tels que définis réglementairement. Cette garantie comprend la prise en charge des aides auditives de classe 1 à prise en charge renforcée telles que définies par l'article L. 165-1 du code de la Sécurité sociale, dans la limite des prix fixés (Prix Limite de Vente : PLV) en application de l'article L. 165-3 du code de la sécurité sociale et sous déduction du Montant Remboursé par la Sécurité sociale (MR).				
<b>Prévention</b>				
Scellement prophylactique des puits, sillons et fissures (SC8), sous réserve que l'acte soit effectué sur les première et deuxième molaires permanentes, qu'il n'intervienne qu'une fois par dent et qu'il soit réalisé en cas de risques carieux et avant le quatorzième anniversaire.	100% TM	100% TM	100% TM	100% TM
Un détartrage annuel complet sus- et sous-gingival, effectué en deux séances maximum (SC12).	100% TM	100% TM	100% TM	100% TM
Bilan du langage oral et/ou bilan d'aptitudes à l'acquisition du langage écrit (AMO24), à condition qu'il s'agisse d'un premier bilan réalisé chez un enfant de moins de quatorze ans.	100% TM	100% TM	100% TM	100% TM
Dépistage de l'hépatite B (codes NABM 4713, 4714, 0323, 0351).	100% TM	100% TM	100% TM	100% TM
Dépistage une fois tous les cinq ans des troubles de l'audition chez les personnes âgées de plus de 50 ans pour un des actes suivants :				
. Audiométrie tonale ou vocale (CDQP010);				
. Audiométrie tonale avec tympanométrie (CDQP015) ;	100% TM	100% TM	100% TM	100% TM
. Audiométrie vocale dans le bruit (CDQP011) ;				
. Audiométrie tonale et vocale (CDQP012);				
. Audiométrie tonale et vocale avec tympanométrie (CDQP002).				
L'acte d'ostéodensitométrie remboursable par l'assurance maladie obligatoire ; sans préjudice des conditions d'inscription de l'acte sur la liste mentionnée à l'article L. 162-1-7, la prise en charge au titre du présent arrêté est limitée aux femmes de plus de cinquante ans, une fois tous les six ans.	100% TM	100% TM	100% TM	100% TM
Les vaccinations suivantes, seules ou combinées :				
. Diphtérie, tétonos et poliomyélite : tous âges ;				
. Coqueluche : avant 14 ans ;				
. Hépatite B : avant 14 ans ;				
. BCG : avant 6 ans ;	100% TM	100% TM	100% TM	100% TM
. Rubéole pour les adolescentes qui n'ont pas été vaccinées et pour les femmes non immunisées désirant un enfant ;				
. Haemophilus influenzae B ;				
. Vaccination contre les infections invasives à pneumocoques				



## MONTANT DES PRESTATIONS

Régime Socle	Socle + Option 1	Socle + Option 2	Socle + Option 3
--------------	------------------	------------------	------------------

**Responsable**

### Optique

#### Verres et monture

<b>Equipements 100% Santé Classe A (*) (***)</b>	100% des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de la Sécurité Sociale, dans la limite des PLV
Prestation d'appairage pour des verres de classe A d'indices de réfraction différents (tous niveaux)	100% des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de la Sécurité Sociale, dans la limite des PLV
Supplément pour verres avec filtres de classe A	100% des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de la Sécurité Sociale, dans la limite des PLV

#### Equipements libres – Classe B (\*\*) (\*\*\*)

#### Grille optique - Verres et monture à tarifs libres

Verre Unifocal / Multifocal / Progressif	Avec / Sans Cylindre	Montant par verre			
Unifocal	Sphérique	SPH de -6 à + 6 (a)	60 euros -MR	80 euros -MR	90 euros -MR
		SPH < à -6 ou > à + 6	80 euros -MR	90 euros -MR	100 euros -MR
	Sphéro cylindrique	SPH de -6 à 0 et CYL < ou = à + 4	70 euros -MR	90 euros -MR	100 euros -MR
		SPH > à 0 et S < ou = à + 6	70 euros -MR	90 euros -MR	100 euros -MR
		SPH > à 0 et S > à + 6	75 euros -MR	90 euros -MR	100 euros -MR
		SPH < à -6 et CYL > ou = à + 0,25	80 euros -MR	100 euros -MR	110 euros -MR
		SPH de -6 à 0 et CYL > à + 4	100 euros -MR	120 euros -MR	130 euros -MR
Progressif et Multifocal	Sphérique	SPH de -4 à + 4	130 euros -MR	150 euros -MR	190 euros -MR
		SPH < à -4 ou > à + 4	150 euros -MR	170 euros -MR	210 euros -MR
	Sphéro cylindrique	SPH de -8 à 0 et CYL < ou = à + 4	160 euros -MR	180 euros -MR	220 euros -MR
		SPH > 0 et S < ou = à + 8	160 euros -MR	180 euros -MR	220 euros -MR
		SPH de -8 à 0 et CYL > à + 4	160 euros -MR	180 euros -MR	220 euros -MR
		SPH > à 0 et S > à + 8	160 euros -MR	180 euros -MR	220 euros -MR
		SPH < à -8 et CYL > ou = à + 0,25	160 euros -MR	180 euros -MR	220 euros -MR
<b>Monture</b>		50 euros - MR	75 euros - MR	100 euros - MR	100 euros - MR

(a) Le verre neutre est compris dans cette classe

#### (\*) Equipements 100% Santé – Classe A :

Equipements de classe A et prestations supplémentaires portant sur l'équipement de classe A pris en charge dans le cadre du « 100% santé », tels que définis réglementairement.

Panachage des verres et monture : un équipement peut être composé soit de deux verres d'une part, et d'une monture d'autre part, appartenant à des classes (A ou B) différentes

#### (\*\*) Equipements libres – Classe B :

Equipements de classe B, tels que définis réglementairement.

Panachage des verres et monture : un équipement peut être composé de deux verres d'une part, et d'une monture d'autre part, appartenant à des classes (A ou B) différentes

#### (\*\*\*) Conditions de renouvellement de l'équipement :

La garantie s'applique aux frais exposés pour l'acquisition d'un équipement optique (composé de deux verres et d'une monture) dans les conditions de renouvellement fixées par l'arrêté du 03.12.2018 modifiant la prise en charge d'optique médicale de la Liste des Produits et Prestations (LPP) prévue à l'article L. 165-1 du Code de la Sécurité sociale, et rappelées ci-après :

§ Pour les adultes et pour les enfants de 16 ans et plus, le renouvellement de la prise en charge d'un équipement est possible au terme d'une

période minimale de deux ans après la dernière prise en charge d'un équipement.

§ Pour les enfants de plus de 6 ans et de moins de 16 ans, le renouvellement de la prise en charge d'un équipement est possible au terme d'une période minimale d'un an après le dernier remboursement d'un équipement.

§ Pour les enfants jusqu'à 6 ans, le renouvellement de la prise en charge d'un équipement est possible au terme d'une période minimale de 6 mois après le dernier remboursement d'un équipement 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 de l'équipement optique concerné pour l'application du délai.

Les différents délais sont également applicables pour le renouvellement séparé des éléments de l'équipement et dans ce cas, le délai de renouvellement s'apprécie distinctement pour chaque élément.

Par dérogation aux dispositions ci-dessus, le renouvellement anticipé de la prise en charge pour raison médicale d'un équipement 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 (dans les limites rappelées ci-dessus) 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 également, 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 enfin, 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 médicaments au long cours :
  - 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 de ces cas particuliers est indispensable à la prise en charge dérogatoire.

La prise en charge de deux équipements est autorisée uniquement pour les patients ayant :

- une intolérance ou une contre-indication aux verres progressifs ou multifocaux, et présentant un déficit de vision de près et un déficit de vision de loin. Dans ce cas, la prise en charge peut couvrir deux équipements corrigent chacun un des deux déficits mentionnés.
- Une amblyopie et / ou un strabisme nécessitant une pénalisation optique. Pour ces patients, la prise en charge peut couvrir deux équipements de corrections différentes à porter en alternance.

## MONTANT DES PRESTATIONS

Régime Socle	Socle + Option 1	Socle + Option 2	Socle + Option 3
--------------	------------------	------------------	------------------

**Responsable**

### Prestations supplémentaires portant sur un équipement d'optique de classe A ou B

Prestation d'adaptation de la prescription médicale de verres correcteurs après réalisation d'un examen de la réfraction, en cas de renouvellement par l'opticien-lunetier d'une ordonnance pour des verres de classe A ou B	100% TM, dans la limite des PLV - MR			
Supplément pour verres avec filtres de classe B				
Autres suppléments pour verres de classe A ou B (prisme / système antiptosis / verres iséconiques)	100% TM	100% TM	100% TM	100% TM

### Autres postes optique

Les lentilles de contact correctrices prises en charge ou non par la Sécurité sociale, par année civile et par bénéficiaire	2% PMSS <sup>3</sup>	3% PMSS <sup>3</sup>	5% PMSS <sup>3</sup>	8% PMSS <sup>3</sup>
Au-delà, seules les lentilles prises en charge par la sécurité sociale seront remboursées à hauteur de	100% TM	100% TM	100% TM	100% TM
La chirurgie réfractive, par œil	-	10% PMSS <sup>4</sup>	25% PMSS <sup>4</sup>	25% PMSS <sup>4</sup>

<sup>3</sup> PMSS en vigueur au jour de la dépense

<sup>4</sup> PMSS en vigueur au jour de l'intervention

### Autres postes

Frais de Transport du malade en véhicule sanitaire	100% TM	100% TM + 50% BR	100% TM + 100% BR	100% TM + 150% BR
Télésurveillance médicale remboursée par la Sécurité Sociale	100% TM	100% TM	100% TM	100% TM
Cures Thermales	100% TM + 50% BR	100% TM + 50% BR	100% TM + 50% BR	100% TM + 50% BR
+ Forfait par bénéficiaire	-	5% PMSS <sup>5</sup>	10% PMSS <sup>5</sup>	15% PMSS <sup>5</sup>

<sup>5</sup> PMSS en vigueur au 1er jour de la cure

## Pour mieux comprendre les garanties

**DPTM** = Dispositifs de Pratique Tarifaire Maîtrisée. Les dispositifs ayant pour objet la maîtrise des dépassements d'honoraires des professionnels de santé conventionnés du secteur 2.

**PMSS** = Pourcentage du Plafond Mensuel de la Sécurité sociale.

**BR** = Base de remboursement : Tarif servant de référence à la sécurité sociale pour déterminer le montant de son remboursement.

**TM** = Ticket modérateur est égal à la Base de remboursement (BR) moins le montant remboursé par la Sécurité Sociale, avant déduction éventuelle de la participation forfaitaire et des franchises en pharmacie, transports sanitaires et auxiliaires médicaux

**MR** = Montant remboursé par la Sécurité sociale.

**FR** = Frais réels.

**FR-MR** = Frais réels sous déduction du montant remboursé par la Sécurité sociale.

**BR - MR** = Base de remboursement de la Sécurité sociale sous déduction du montant remboursé par la Sécurité sociale

**EUROS - MR** = Montant en Euros sous déduction du montant remboursé par la Sécurité sociale

**SECURITE SOCIALE** = il s'agit du régime d'assurance maladie obligatoire, prenant en charge les remboursements des frais de santé et régi par le Code de la Sécurité sociale français.

**HLF** = **Les Honoraires Limites de Facturation** correspondent au prix maximum de vente à l'assuré social. Les professionnels de santé ont l'obligation de respecter les HLF tels que définis par le Code de la Sécurité Sociale. Ils sont fixés selon la réglementation en vigueur à la date des soins effectués par le bénéficiaire

**PLV** = Le prix limite de vente (PLV) d'un dispositif médical correspond au prix maximum de vente à l'assuré social. A défaut de fixation d'un prix limite de vente, le prix est libre. Les professionnels de santé ont l'obligation de respecter les PLV tels que définis par le Code de la Sécurité Sociale.

## ETENDUE DES GARANTIES

(dans la limite des garanties présentes et définies au tableau des garanties assurées)

### HOSPITALISATION

Sont pris en charge les frais, exposés en établissement public ou privé, liés à une hospitalisation médicale, chirurgicale ou obstétricale ayant donné lieu à une intervention de la Sécurité sociale.

Dans le cadre de l'hospitalisation médicale et chirurgicale, sont également pris en charge :

- . les frais exposés pour un traitement ou une surveillance particulière effectués dans le cadre de l'hospitalisation à domicile,
- . l'hospitalisation médicale, chirurgicale ou obstétricale de moins de 24 heures,
- . l'intervention chirurgicale sans hospitalisation.

Les frais de séjour comprennent les produits de la LPP (Liste des Produits et Prestations) facturables et les spécialités pharmaceutiques.

L'hospitalisation comprend également la maternité; les frais, y compris les dépassements d'honoraires sont pris en charge au 1<sup>er</sup> jour d'hospitalisation,

### MATERNITE

Les frais de maternité, inhérents à la naissance, pris en charge par les assurances sociales au titre de l'assurance maternité, ouvrent droit, sur présentation d'un extrait d'acte de naissance, et dans la mesure où ils ont été exposés pendant la période d'assurance, à un forfait. Ce forfait est versé par enfant et concerne également l'adoption plénière.

### 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 de délivrance de l'aide auditive précédente. Ce délai de renouvellement s'entend pour chaque oreille indépendamment.

### CURES THERMALES

L'indemnité complémentaire ne peut, en tout état de cause, excéder la différence entre les frais réels et les prestations versées au même titre par la Sécurité sociale et tout autre organisme. La durée de prise en charge est identique à celle de la Sécurité sociale française.

### OPTIQUE

Définition des lentilles correctrices : Les lentilles de contact sont des verres correcteurs qui, posés sur la cornée, corrigent la vue du bénéficiaire de manière instantanée. Toute lentille ne permettant pas de correction optique instantanée ne peut pas faire l'objet d'une prise en charge au titre de ce contrat. L'assurance maladie obligatoire ne rembourse les lentilles de contact que dans certains cas spécifiques.

### En cas de fraude

Dans l'hypothèse où l'organisme assureur démontrerait une fraude commise par le participant ou les bénéficiaires couverts par le présent contrat, l'organisme assureur se réserve le droit de demander le remboursement des sommes trop payées au titre des prestations santé, dans le respect des procédures réglementaires. La fraude inclut la manipulation délibérée des données médicales ou des documents médicaux (y compris factures, notes d'honoraires).

### EXCLUSIONS :

**Nous ne prenons pas en charge les frais ayant fait l'objet d'un refus administratif de la Sécurité sociale.**

**Les dépassements d'honoraires ou frais excédant les bases de remboursement de la Sécurité sociale sont pris en charge s'ils figurent sur le décompte de cette dernière, sauf s'ils concernent des interdictions de prise en charge du « contrat responsable ».**

**Si le bénéficiaire des soins consulte un médecin non conventionné avec la Sécurité sociale, la garantie est appliquée sur la base du tarif d'autorité.**

## DEFINITIONS

<b>Adhérent</b>	Il s'agit de l'employeur, personne morale ou physique qui souscrit le contrat auprès de l'un des organismes assureurs recommandés, au profit de son personnel défini ci-après.
<b>Participant ou membre participant</b>	Il s'agit du (ou des) salarié(s) assuré(s).
<b>Bénéficiaire</b>	Il s'agit de la personne couverte par le contrat d'assurance collective souscrit par l'établissement et négocié par les partenaires sociaux pour la mise en œuvre de l'accord collectif du 31 janvier 2022.
<b>Garantie</b>	Il s'agit de l'engagement de l'organisme recommandé, en contrepartie du paiement de la cotisation prévue au contrat, de verser une prestation en cas de dépenses de frais de santé couvertes par le contrat, engagées au cours d'une période d'assurance.
<b>Organisme(s) recommandé(s)</b>	Il s'agit des assureurs, société d'assurance, mutuelle ou institution de prévoyance garantissant les prestations, recommandés par l'accord collectif du 31 janvier 2022.
<b>Prestation</b>	Il s'agit de l'exécution de la garantie par l'organisme assureur recommandé ayant recueilli le contrat de l'adhérent. Les prestations auxquelles les garanties santé donnent droit sont des prestations en espèces et indemnитaires, ainsi les remboursements ou indemnisations de frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident ne peuvent excéder le montant des frais restant à la charge des bénéficiaires, après les remboursements de toutes natures auxquels ils ont droit.
<b>Sécurité sociale</b>	Il s'agit de l'organisme gestionnaire d'un régime socle de Sécurité sociale (Régime Général, Régime Alsace Moselle, Mutualité Sociale Agricole).
<b>Contrat d'adhésion</b>	Le contrat d'adhésion est formé du bulletin d'adhésion et des conditions générales.
<b>Base de remboursement</b>	Tarif servant de référence à l'assurance maladie obligatoire pour déterminer le montant de son remboursement. Le prix facturé au patient peut, dans certaines situations, être supérieur à la base de remboursement. Exemple : consultation réalisée par un médecin de secteur 2. On parle de : <ul style="list-style-type: none"><li>- <u>Tarif de convention (TC)</u> lorsque les actes sont effectués par un professionnel de santé conventionné avec l'assurance maladie obligatoire. Il s'agit d'un tarif fixé par une convention signée entre l'assurance maladie obligatoire et les représentants de cette profession.</li><li>- <u>Tarif d'autorité (TA)</u> lorsque les actes sont effectués par un professionnel de santé non conventionné avec l'assurance maladie obligatoire (ce qui est peu fréquent). Il s'agit d'un tarif forfaitaire qui sert de base de remboursement. Il est très inférieur au tarif de convention.</li><li>- <u>Tarif de responsabilité (TR)</u> pour les médicaments, appareillages et autres biens médicaux.</li></ul>
<b>Conventionné / non conventionné</b>	Situation des professionnels de santé et des structures de soins au regard de l'assurance obligatoire. Les frais pris en charge par l'assurance maladie obligatoire varient selon que le prestataire des soins (professionnel ou établissement de santé) ait passé ou non une convention avec l'assurance maladie obligatoire.

- Professionnel de santé : les professionnels de santé sont dits « conventionnés » lorsqu'ils ont adhéré à la convention nationale conclue entre l'assurance maladie obligatoire et les représentants de leur profession. Ces conventions nationales fixent notamment les tarifs applicables par ces professionnels. On parle alors de tarif de convention. Le tarif de convention est opposable, c'est-à-dire que le professionnel de santé s'engage à le respecter.

Les honoraires des professionnels de santé conventionnés sont remboursés par l'assurance maladie obligatoire sur la base du tarif de convention.

Toutefois, les médecins conventionnés de « secteur 2 » sont autorisés à facturer avec « tact et mesure » des dépassements d'honoraires sur les tarifs de convention. Cette possibilité de facturer des dépassements est aussi accordée aux chirurgiens-dentistes sur les tarifs des prothèses dentaires. De manière générale, les professionnels de santé ne doivent pas facturer des dépassements d'honoraires aux bénéficiaires de la C2S (Complémentaire Santé Solidaire).

Les professionnels de santé « non conventionnés » (qui n'ont pas adhéré à la convention nationale conclue entre l'assurance maladie obligatoire et les représentants de leur profession ou qui en ont été exclus) fixent eux-mêmes leurs tarifs. Les actes qu'ils effectuent sont remboursés sur la base d'un tarif dit « d'autorité », très inférieur au tarif de convention. Les professionnels de santé non conventionnés sont très peu nombreux.

- Etablissements de santé : les frais pris en charge par l'assurance maladie obligatoire dans le cadre d'une hospitalisation varient selon que l'établissement ait passé ou non un contrat avec l'Agence Régionale de Santé compétente. Dans un établissement de santé privé qui n'a pas passé de contrat avec une Agence Régionale de Santé, les frais à la charge du patient sont plus importants.

## DROM

Départements et régions d'outre-mer, constitués de la Guadeloupe, la Guyane, la Martinique, Mayotte et la Réunion.

## Entente préalable

Accord entre un assuré et la Sécurité sociale ou l'assureur santé, qui doit être obtenu avant la réalisation de certains actes médicaux ou avant l'obtention de certains traitements. Cela permet de s'assurer que les soins ou traitements en question sont nécessaires et adéquats, et que leur prise en charge financière est bien établie.

## Franchise médicale

C'est la somme déduite des remboursements effectués par l'assurance maladie obligatoire sur les médicaments, les actes paramédicaux et les transports sanitaires.

Son montant, au 31 mars 2024 est de :

- 1€ par boîte de médicaments,
- 1€ par acte médical,
- 4€ par transport sanitaire.

La franchise est plafonnée à 50€ par an pour l'ensemble des actes et/ou prestations concernés. Un plafond journalier a également été mis en place pour les actes paramédicaux et les transports sanitaires : pas plus de 4€ par jours pour les actes paramédicaux et pas plus de 8 € par jour pour les transports sanitaires.

Certaines personnes en sont exonérées : jeunes de moins de 18 ans, bénéficiaires de la C2S et de l'Aide Médicale d'Etat, femmes enceintes (du 1<sup>er</sup> jour du 6<sup>ème</sup> mois de grossesse et jusqu'au 12<sup>ème</sup> jour après l'accouchement), les jeunes filles mineures âgées d'au moins 15 ans pour la contraception et la contraception d'urgence, les victimes d'un acte de terrorisme pour les frais de santé en rapport avec cet événement.

Les franchises ne sont pas remboursées par les contrats de complémentaire santé « responsable », sinon le contrat est requalifié en « non responsable ».

## Parcours de soins coordonné

Circuit que les patients doivent respecter pour bénéficier d'un suivi médical coordonné, personnalisé et être remboursés normalement. Organisé autour du médecin traitant, il concerne tous les bénéficiaires de l'assurance maladie obligatoire âgés de plus de 16 ans.

Est considéré comme étant dans le parcours de soins coordonnés une personne qui :

- A déclaré un médecin traitant auprès de l'assurance maladie obligatoire et consulte celui-ci (ou son remplaçant) en première intention,
- Consulte un autre médecin, appelé « médecin correspondant », auquel elle a été adressée par son médecin traitant.

Une personne est considérée comme étant toujours dans le parcours de soins même si, se trouvant dans un cas d'urgence et/ou d'éloignement géographique, elle n'a pas consulté préalablement son médecin traitant. De même, pour certains soins, les masseurs-kinésithérapeutes, les orthophonistes, les infirmiers exerçant en pratique avancée (IPA), les gynécologues, les ophtalmologues et stomatologues ainsi que les psychiatres ou neuropsychiatres pour les patients entre 16 et 25 ans, peuvent être consultés directement, sans passer par le médecin traitant. On parle alors d'accès direct autorisé.

Lorsqu'une personne est en dehors du parcours de soins, le remboursement de l'assurance maladie obligatoire est diminué et, dans la plupart des cas, l'assurance maladie complémentaire ne prend pas en charge la différence.

## Participation forfaitaire

Participation forfaitaire de 2 €, au 15 mai 2024, laissée à la charge du patient pour tous les actes et consultations réalisés par un médecin, ainsi que pour tous les actes biologiques et de radiologie. Cette participation est due par tous les assurés à l'exception :

Des enfants de moins de 18 ans ;

Des femmes enceintes à partir du 6<sup>ème</sup> mois de grossesse ;

Et des bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire (C2S) ou de l'Aide médicale de l'Etat (AME) ;

Le nombre de participations forfaitaires est plafonné à 4 par jour pour le même professionnel de santé et le même bénéficiaire, et à un montant de 50€ par année civile et par personne.

La participation forfaitaire de 2€ n'est pas remboursée par les complémentaires santé « responsables ».

## Territoire français

Il s'agit du territoire de la France métropolitaine et des départements et régions d'outre-mer (DROM).

## Ticket modérateur

C'est la différence entre la base de remboursement et le montant remboursé par l'assurance maladie obligatoire (avant application sur celui-ci de la participation forfaitaire ou d'une franchise). Le montant du ticket modérateur varie selon les actes ou traitements, la nature du risque concerné (maladie, maternité, accident du travail etc.), ou selon que les soins sont dispensés dans le cadre d'une affection de longue durée (ALD)...

Le ticket modérateur peut être forfaitaire (il est fixé à 24 €) pour certains actes dits « lourds ». La participation forfaitaire, les franchises et des dépassements d'honoraires s'ajoutent au ticket modérateur, constituant l'ensemble de ces frais restant à la charge de l'assuré social avant intervention de l'assurance maladie complémentaire.

Le ticket modérateur est obligatoirement pris en charge par l'assurance maladie complémentaire responsable (sauf exceptions).

## Travailleur frontalier

Personne résidant dans un pays voisin, traversant régulièrement la frontière entre les deux pays pour se rendre sur son lieu de travail.



## ANNEXE 2 – EXEMPLES DE REMBOURSEMENT

### EXEMPLES DE REMBOURSEMENT (1)

#### Socle régime général

Contrat d'assurance santé contrat responsable (2)	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 € en service psychiatrique)	0,00 €
Chambre particulière (sur demande du patient)	NC	Non remboursé	Non remboursé	-	Selon contrat
<b>Séjour 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	838,98 €	838,98 €	814,98 €	24,00 €	0,00 €
Honoraires médecins adhérents OPTAM ou OPTAM-CO	Dépassements maîtrisés	BR	100 % BR	Dépassements si prévu au contrat	Selon contrat
Opération en secteur privé : honoraires du chirurgien	443 €	271,70 €	271,70 €	135,85 €	35,45 €
Honoraires médecins secteur 2 (non adhérents OPTAM ou OPTAM-CO)	Honoraires libres	BR	100 % BR	Dépassements si prévu au contrat (remboursement des dépassements plafonné à 100% BR)	Selon contrat
Opération en secteur privé : honoraires du chirurgien	486 €	271,70 €	271,70 €	81,51 €	132,79 €
<b>Séjour sans 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'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	3 754,00 €	3 754,00 €	3 003,20 €	750,80 €	0,00 €

<b>Contrat d'assurance santé contrat responsable (2)</b>	<b>Tarif le plus souvent facturé ou tarif réglementé</b>	<b>Base de remboursement de la Sécurité sociale (BR) <sup>(3)</sup></b>	<b>Remboursement assurance maladie obligatoire (AMO)</b>	<b>Remboursement assurance maladie complémentaire (AMC)</b>	<b>Reste à charge</b>
<b>Soins courants</b>					
<b>Honoraires médecins secteur 1 (généralistes ou spécialistes)</b>	<b>Tarif de convention</b>	<b>BR</b>	<b>70 % BR – 2 €</b>	<b>30 % BR</b>	<b>2 € de participation forfaitaire plus dépassement selon contrat</b>
Ex : Consultation médecin traitant généraliste pour un patient de plus de 18 ans	30,00 €	30,00 €	19,00 €	9,00 €	2,00 €
Ex : Consultation pédiatre pour enfant de moins de 2 à 6 ans	35,00 €	35,00 €	24,50 €	10,50 €	0,00 €
Ex : Consultation médecin spécialiste pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie médicale)	40,00 €	40,00 €	26,00 €	12,00 €	2,00 €
<b>Honoraires médecins adhérents OPTAM ou OPTAM-CO</b>	<b>Dépassements maîtrisés</b>	<b>BR</b>	<b>70 % BR – 2 €</b>	<b>30 % BR + dépassements si prévu au contrat</b>	<b>2 € de participation forfaitaire plus dépassement selon contrat</b>
Ex : Consultation pédiatre pour enfant de moins de 2 à 6 ans	50,00 €	35,00 €	24,50 €	10,50 €	15,00 €
Ex : Consultation médecin spécialiste pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie médicale)	53,00 €	40,00 €	26,00 €	12,00 €	15,00 €
<b>Honoraires médecins secteur 2 (non adhérents OPTAM ou OPTAM-CO)</b>	<b>Honoraires libres</b>	<b>BR</b>	<b>70 % BR – 2 €</b>	<b>30 % BR + dépassements si prévu au contrat (remboursement des dépassements plafonné à 100% BR)</b>	<b>2€ de participation forfaitaire plus dépassement selon contrat</b>
Ex : Consultation pédiatre pour enfant de 2 à 16 ans	62,00 €	23,00 €	16,10 €	6,90 €	39,00 €
Ex : Consultation médecin spécialiste pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie médicale)	66,00 €	23,00 €	14,10 €	6,90 €	45,00 €
<b>Matériel médical</b>	<b>Tarif moyen facturé</b>	<b>BR</b>	<b>60 % BR</b>	<b>40 % BR + dépassements si prévu au contrat</b>	<b>Selon contrat</b>
Ex : Achat d'une paire de béquilles	26,71 €	24,40 €	14,64 €	9,76 €	2,31 €

<b>Contrat d'assurance santé contrat responsable (2)</b>	<b>Tarif le plus souvent facturé ou tarif réglementé</b>	<b>Base de remboursement de la Sécurité sociale (BR) <sup>(3)</sup></b>	<b>Remboursement assurance maladie obligatoire (AMO)</b>	<b>Remboursement assurance maladie complémentaire (AMC)</b>	<b>Reste à charge</b>
<b>Dentaire</b>					
<b>Soins et prothèses 100 % santé</b>	<b>Prix moyen national</b>	<b>BR</b>	<b>60 % BR</b>	<b>30 % BR + dépassements dans la limite du plafond des honoraires</b>	<b>0,00 €</b>
Ex : pose d'une couronne céramo-métallique sur incisives, canines et premières prémolaires	515,00 €	120,00 €	72,00 €	443,00 €	0,00 €
<b>Soins (hors 100 % santé)</b>	<b>Tarif de convention</b>	<b>BR</b>	<b>60% BR</b>	<b>30 % BR + dépassements si prévu au contrat</b>	<b>Selon contrat</b>
Ex : détartrage	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>30 % BR + dépassements si prévu au contrat</b>	<b>Selon contrat</b>
Ex : couronne céramo-métallique sur molaires	561,99 €	120,00 €	72,00 €	288,00 €	201,99 €
<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>
Ex : traitement par semestre (6 max)	714,10 €	193,50 €	193,50 €	193,50 €	327,10 €
<b>Optique</b>					
<b>Équipement 100 % santé</b>	<b>Prix moyen national</b>	<b>BR</b>	<b>60 % BR</b>	<b>40 % BR + dépassements dans la limite des PLV <sup>(4)</sup></b>	<b>0,00 €</b>
Ex : verres simples et monture	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 €
Ex : verres progressifs et monture	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 + dépassements si prévu au contrat, dans la limite des plafonds réglementaires</b>	<b>Selon contrat</b>
Ex : verres simples + monture	112 € (par verre) + 148 € (monture)	0,05 € par verre + 0,05 €	0,03 € par verre + 0,03 €	59,97 € par verre + 49,97 €	202,00 €
Ex : verres progressifs + monture	246 € (par verre) + 148 € (monture)	0,05 € par verre + 0,05 €	0,03 € par verre + 0,03 €	129,97 € par verre + 49,97 €	330,00 €

Contrat d'assurance santé contrat responsable (2)	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
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)	80,00 €	Forfait annuel pour les deux yeux
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	-	Forfait par œil par an
<b>Aides auditives</b>					
Équipement 100 % santé	Prix moyen national	BR	60 % BR	40 % BR + dépassements dans la limite des PLV <sup>(4)</sup>	0,00 €
Par oreille pour un patient de plus de 20 ans	950 €	400 €	240 €	710,00 €	0,00 €
Équipement (hors 100 % santé)	Prix moyen national	BR	60 % BR	40 % BR + dépassements si prévu au contrat, dans la limite des plafonds réglementaires	Selon contrat
Par oreille pour un patient de plus de 20 ans	1 515 €	400 €	240 €	360,00 €	915,00 €

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-télécharger/>)

## EXEMPLES DE REMBOURSEMENT (1)

### Socle + option 1 régime général

Contrat d'assurance santé contrat responsable (2)	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 € en service psychiatrique)	0,00 €
Chambre particulière (sur demande du patient)	NC	Non remboursé	Non remboursé	60,00 €	Selon contrat
<b>Séjour 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	838,98 €	838,98 €	814,98 €	24,00 €	0,00 €
Honoraires médecins adhérents OPTAM ou OPTAM-CO	Dépassements maîtrisés	BR	100 % BR	Dépassements si prévu au contrat	Selon contrat
Opération en secteur privé : honoraires du chirurgien	443 €	271,70 €	271,70 €	135,85 €	35,45 €
Honoraires médecins secteur 2 (non adhérents OPTAM ou OPTAM-CO)	Honoraires libres	BR	100 % BR	Dépassements si prévu au contrat (remboursement des dépassements plafonné à 100% BR)	Selon contrat
Opération en secteur privé : honoraires du chirurgien	486 €	271,70 €	271,70 €	81,51 €	132,79 €
<b>Séjour sans 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'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	3 754,00 €	3 754,00 €	3 003,20 €	750,80 €	0,00 €

<b>Contrat d'assurance santé contrat responsable (2)</b>	<b>Tarif le plus souvent facturé ou tarif réglementé</b>	<b>Base de remboursement de la Sécurité sociale (BR) <sup>(3)</sup></b>	<b>Remboursement assurance maladie obligatoire (AMO)</b>	<b>Remboursement assurance maladie complémentaire (AMC)</b>	<b>Reste à charge</b>
<b>Soins courants</b>					
<b>Honoraires médecins secteur 1 (généralistes ou spécialistes)</b>	<b>Tarif de convention</b>	<b>BR</b>	<b>70 % BR – 2 €</b>	<b>30 % BR</b>	<b>2 € de participation forfaitaire plus dépassement selon contrat</b>
Ex : Consultation médecin traitant généraliste pour un patient de plus de 18 ans	30,00 €	30,00 €	19,00 €	9,00 €	2,00 €
Ex : Consultation pédiatre pour enfant de moins de 2 à 6 ans	35,00 €	35,00 €	24,50 €	10,50 €	0,00 €
Ex : Consultation médecin spécialiste pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie médicale)	40,00 €	40,00 €	26,00 €	12,00 €	2,00 €
<b>Honoraires médecins adhérents OPTAM ou OPTAM-CO</b>	<b>Dépassements maîtrisés</b>	<b>BR</b>	<b>70 % BR – 2 €</b>	<b>30 % BR + dépassements si prévu au contrat</b>	<b>2 € de participation forfaitaire plus dépassement selon contrat</b>
Ex : Consultation pédiatre pour enfant de moins de 2 à 6 ans	50,00 €	35,00 €	24,50 €	25,50 €	0,00 €
Ex : Consultation médecin spécialiste pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie médicale)	53,00 €	40,00 €	26,00 €	25,00 €	2,00 €
<b>Honoraires médecins secteur 2 (non adhérents OPTAM ou OPTAM-CO)</b>	<b>Honoraires libres</b>	<b>BR</b>	<b>70 % BR – 2 €</b>	<b>30 % BR + dépassements si prévu au contrat (remboursement des dépassements plafonné à 100% BR)</b>	<b>2€ de participation forfaitaire plus dépassement selon contrat</b>
Ex : Consultation pédiatre pour enfant de 2 à 16 ans	62,00 €	23,00 €	16,10 €	16,10 €	29,80 €
Ex : Consultation médecin spécialiste pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie médicale)	66,00 €	23,00 €	14,10 €	16,10 €	35,80 €
<b>Matériel médical</b>	<b>Tarif moyen facturé</b>	<b>BR</b>	<b>60 % BR</b>	<b>40 % BR + dépassements si prévu au contrat</b>	<b>Selon contrat</b>
Ex : Achat d'une paire de béquilles	26,71 €	24,40 €	14,64 €	12,07 €	0,00 €

<b>Contrat d'assurance santé contrat responsable (2)</b>	<b>Tarif le plus souvent facturé ou tarif réglementé</b>	<b>Base de remboursement de la Sécurité sociale (BR) <sup>(3)</sup></b>	<b>Remboursement assurance maladie obligatoire (AMO)</b>	<b>Remboursement assurance maladie complémentaire (AMC)</b>	<b>Reste à charge</b>
<b>Dentaire</b>					
<b>Soins et prothèses 100 % santé</b>	<b>Prix moyen national</b>	<b>BR</b>	<b>60 % BR</b>	<b>30 % BR + dépassements dans la limite du plafond des honoraires</b>	<b>0,00 €</b>
Ex : pose d'une couronne céramo-métallique sur incisives, canines et premières prémolaires	515,00 €	120,00 €	72,00 €	443,00 €	0,00 €
<b>Soins (hors 100 % santé)</b>	<b>Tarif de convention</b>	<b>BR</b>	<b>60% BR</b>	<b>30 % BR + dépassements si prévu au contrat</b>	<b>Selon contrat</b>
Ex : détartrage	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>30 % BR + dépassements si prévu au contrat</b>	<b>Selon contrat</b>
Ex : couronne céramo-métallique sur molaires	561,99 €	120,00 €	72,00 €	378,00 €	111,99 €
<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>
Ex : traitement par semestre (6 max)	714,10 €	193,50 €	193,50 €	290,25 €	230,35 €
<b>Optique</b>					
<b>Équipement 100 % santé</b>	<b>Prix moyen national</b>	<b>BR</b>	<b>60 % BR</b>	<b>40 % BR + dépassements dans la limite des PLV <sup>(4)</sup></b>	<b>0,00 €</b>
Ex : verres simples et monture	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 €
Ex : verres progressifs et monture	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 + dépassements si prévu au contrat, dans la limite des plafonds réglementaires</b>	<b>Selon contrat</b>
Ex : verres simples + monture	112 € (par verre) + 148 € (monture)	0,05 € par verre + 0,05 €	0,03 € par verre + 0,03 €	79,97 € par verre + 74,97 €	137,00 €
Ex : verres progressifs + monture	246 € (par verre) + 148 € (monture)	0,05 € par verre + 0,05 €	0,03 € par verre + 0,03 €	149,97 € par verre + 74,97 €	265,00 €

Contrat d'assurance santé contrat responsable (2)	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
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 €	Forfait annuel pour les deux yeux
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	400,00 €	Forfait par œil par an
<b>Aides auditives</b>					
Équipement 100 % santé	Prix moyen national	BR	60 % BR	40 % BR + dépassements dans la limite des PLV <sup>(4)</sup>	0,00 €
Par oreille pour un patient de plus de 20 ans	950 €	400 €	240 €	710,00 €	0,00 €
Équipement (hors 100 % santé)	Prix moyen national	BR	60 % BR	40 % BR + dépassements si prévu au contrat, dans la limite des plafonds réglementaires	Selon contrat
Par oreille pour un patient de plus de 20 ans	1 515 €	400 €	240 €	360,00 €	915,00 €

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/>)

## EXEMPLES DE REMBOURSEMENT (1)

### Socle + option 2 régime général

Contrat d'assurance santé contrat responsable (2)	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 € en service psychiatrique)	0,00 €
Chambre particulière (sur demande du patient)	NC	Non remboursé	Non remboursé	100,00 €	Selon contrat
<b>Séjour 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	838,98 €	838,98 €	814,98 €	24,00 €	0,00 €
Honoraires médecins adhérents OPTAM ou OPTAM-CO	Dépassements maîtrisés	BR	100 % BR	Dépassements si prévu au contrat	Selon contrat
Opération en secteur privé : honoraires du chirurgien	443 €	271,70 €	271,70 €	171,30 €	0,00 €
Honoraires médecins secteur 2 (non adhérents OPTAM ou OPTAM-CO)	Honoraires libres	BR	100 % BR	Dépassements si prévu au contrat (remboursement des dépassements plafonné à 100% BR)	Selon contrat
Opération en secteur privé : honoraires du chirurgien	486 €	271,70 €	271,70 €	214,30 €	0,00 €
<b>Séjour sans 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'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	3 754,00 €	3 754,00 €	3 003,20 €	750,80 €	0,00 €

<b>Contrat d'assurance santé contrat responsable (2)</b>	<b>Tarif le plus souvent facturé ou tarif réglementé</b>	<b>Base de remboursement de la Sécurité sociale (BR) <sup>(3)</sup></b>	<b>Remboursement assurance maladie obligatoire (AMO)</b>	<b>Remboursement assurance maladie complémentaire (AMC)</b>	<b>Reste à charge</b>
<b>Soins courants</b>					
<b>Honoraires médecins secteur 1 (généralistes ou spécialistes)</b>	<b>Tarif de convention</b>	<b>BR</b>	<b>70 % BR – 2 €</b>	<b>30 % BR</b>	<b>2 € de participation forfaitaire plus dépassement selon contrat</b>
Ex : Consultation médecin traitant généraliste pour un patient de plus de 18 ans	30,00 €	30,00 €	19,00 €	9,00 €	2,00 €
Ex : Consultation pédiatre pour enfant de moins de 2 à 6 ans	35,00 €	35,00 €	24,50 €	10,50 €	0,00 €
Ex : Consultation médecin spécialiste pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie médicale)	40,00 €	40,00 €	26,00 €	12,00 €	2,00 €
<b>Honoraires médecins adhérents OPTAM ou OPTAM-CO</b>	<b>Dépassements maîtrisés</b>	<b>BR</b>	<b>70 % BR – 2 €</b>	<b>30 % BR + dépassements si prévu au contrat</b>	<b>2 € de participation forfaitaire plus dépassement selon contrat</b>
Ex : Consultation pédiatre pour enfant de moins de 2 à 6 ans	50,00 €	35,00 €	24,50 €	25,50 €	0,00 €
Ex : Consultation médecin spécialiste pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie médicale)	53,00 €	40,00 €	26,00 €	25,00 €	2,00 €
<b>Honoraires médecins secteur 2 (non adhérents OPTAM ou OPTAM-CO)</b>	<b>Honoraires libres</b>	<b>BR</b>	<b>70 % BR – 2 €</b>	<b>30 % BR + dépassements si prévu au contrat (remboursement des dépassements plafonné à 100% BR)</b>	<b>2€ de participation forfaitaire plus dépassement selon contrat</b>
Ex : Consultation pédiatre pour enfant de 2 à 16 ans	62,00 €	23,00 €	20,70 €	25,30 €	16,00 €
Ex : Consultation médecin spécialiste pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie médicale)	67,00 €	23,00 €	18,70 €	25,30 €	23,00 €
<b>Matériel médical</b>	<b>Tarif moyen facturé</b>	<b>BR</b>	<b>60 % BR</b>	<b>40 % BR + dépassements si prévu au contrat</b>	<b>Selon contrat</b>
Ex : Achat d'une paire de béquilles	26,71 €	24,40 €	14,64 €	12,07 €	0,00 €

<b>Contrat d'assurance santé contrat responsable (2)</b>	<b>Tarif le plus souvent facturé ou tarif réglementé</b>	<b>Base de remboursement de la Sécurité sociale (BR) <sup>(3)</sup></b>	<b>Remboursement assurance maladie obligatoire (AMO)</b>	<b>Remboursement assurance maladie complémentaire (AMC)</b>	<b>Reste à charge</b>
<b>Dentaire</b>					
<b>Soins et prothèses 100 % santé</b>	<b>Prix moyen national</b>	<b>BR</b>	<b>60 % BR</b>	<b>30 % BR + dépassements dans la limite du plafond des honoraires</b>	<b>0,00 €</b>
Ex : pose d'une couronne céramo-métallique sur incisives, canines et premières prémolaires	515,00 €	120,00 €	72,00 €	443,00 €	0,00 €
<b>Soins (hors 100 % santé)</b>	<b>Tarif de convention</b>	<b>BR</b>	<b>60% BR</b>	<b>30 % BR + dépassements si prévu au contrat</b>	<b>Selon contrat</b>
Ex : détartrage	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>30 % BR + dépassements si prévu au contrat</b>	<b>Selon contrat</b>
Ex : couronne céramo-métallique sur molaires	561,99 €	120,00 €	72,00 €	408,00 €	81,99 €
<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>
Ex : traitement par semestre (6 max)	714,10 €	193,50 €	193,50 €	387,00 €	133,60 €
<b>Optique</b>					
<b>Équipement 100 % santé</b>	<b>Prix moyen national</b>	<b>BR</b>	<b>60 % BR</b>	<b>40 % BR + dépassements dans la limite des PLV <sup>(4)</sup></b>	<b>0,00 €</b>
Ex : verres simples et monture	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 €
Ex : verres progressifs et monture	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 + dépassements si prévu au contrat, dans la limite des plafonds réglementaires</b>	<b>Selon contrat</b>
Ex : verres simples + monture	112 € (par verre) + 148 € (monture)	0,05 € par verre + 0,05 €	0,03 € par verre + 0,03 €	89,97 € par verre + 99,97 €	92,00 €
Ex : verres progressifs + monture	246 € (par verre) + 148 € (monture)	0,05 € par verre + 0,05 €	0,03 € par verre + 0,03 €	189,97 € par verre + 99,97 €	160,00 €

Contrat d'assurance santé contrat responsable (2)	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
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)	200,00 €	Forfait annuel pour les deux yeux
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	1 000,00 €	Forfait par œil par an
<b>Aides auditives</b>					
Équipement 100 % santé	Prix moyen national	BR	60 % BR	40 % BR + dépassements dans la limite des PLV <sup>(4)</sup>	0,00 €
Par oreille pour un patient de plus de 20 ans	950 €	400 €	240 €	710,00 €	0,00 €
Équipement (hors 100 % santé)	Prix moyen national	BR	60 % BR	40 % BR + dépassements si prévu au contrat, dans la limite des plafonds réglementaires	Selon contrat
Par oreille pour un patient de plus de 20 ans	1 515 €	400 €	240 €	460,00 €	815,00 €

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/>)

## EXEMPLES DE REMBOURSEMENT (1)

### Socle + option 3 régime général

Contrat d'assurance santé contrat responsable (2)	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 € en service psychiatrique)	0,00 €
Chambre particulière (sur demande du patient)	NC	Non remboursé	Non remboursé	140,00 €	Selon contrat
<b>Séjour 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	838,98 €	838,98 €	814,98 €	24,00 €	0,00 €
Honoraires médecins adhérents OPTAM ou OPTAM-CO	Dépassements maîtrisés	BR	100 % BR	Dépassements si prévu au contrat	Selon contrat
Opération en secteur privé : honoraires du chirurgien	443 €	271,70 €	271,70 €	171,30 €	0,00 €
Honoraires médecins secteur 2 (non adhérents OPTAM ou OPTAM-CO)	Honoraires libres	BR	100 % BR	Dépassements si prévu au contrat (remboursement des dépassements plafonné à 100% BR)	Selon contrat
Opération en secteur privé : honoraires du chirurgien	486 €	271,70 €	271,70 €	214,30 €	0,00 €
<b>Séjour sans 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'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	3 754,00 €	3 754,00 €	3 003,20 €	750,80 €	0,00 €

<b>Contrat d'assurance santé contrat responsable (2)</b>	<b>Tarif le plus souvent facturé ou tarif réglementé</b>	<b>Base de remboursement de la Sécurité sociale (BR) <sup>(3)</sup></b>	<b>Remboursement assurance maladie obligatoire (AMO)</b>	<b>Remboursement assurance maladie complémentaire (AMC)</b>	<b>Reste à charge</b>
<b>Soins courants</b>					
<b>Honoraires médecins secteur 1 (généralistes ou spécialistes)</b>	<b>Tarif de convention</b>	<b>BR</b>	<b>70 % BR – 2 €</b>	<b>30 % BR</b>	<b>2 € de participation forfaitaire plus dépassement selon contrat</b>
Ex : Consultation médecin traitant généraliste pour un patient de plus de 18 ans	30,00 €	30,00 €	19,00 €	9,00 €	2,00 €
Ex : Consultation pédiatre pour enfant de moins de 2 à 6 ans	35,00 €	35,00 €	24,50 €	10,50 €	0,00 €
Ex : Consultation médecin spécialiste pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie médicale)	40,00 €	40,00 €	26,00 €	12,00 €	2,00 €
<b>Honoraires médecins adhérents OPTAM ou OPTAM-CO</b>	<b>Dépassements maîtrisés</b>	<b>BR</b>	<b>70 % BR – 2 €</b>	<b>30 % BR + dépassements si prévu au contrat</b>	<b>2 € de participation forfaitaire plus dépassement selon contrat</b>
Ex : Consultation pédiatre pour enfant de moins de 2 à 6 ans	50,00 €	35,00 €	24,50 €	25,50 €	0,00 €
Ex : Consultation médecin spécialiste pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie médicale)	53,00 €	40,00 €	26,00 €	25,00 €	2,00 €
<b>Honoraires médecins secteur 2 (non adhérents OPTAM ou OPTAM-CO)</b>	<b>Honoraires libres</b>	<b>BR</b>	<b>70 % BR – 2 €</b>	<b>30 % BR + dépassements si prévu au contrat (remboursement des dépassements plafonné à 100% BR)</b>	<b>2€ de participation forfaitaire plus dépassement selon contrat</b>
Ex : Consultation pédiatre pour enfant de 2 à 16 ans	62,00 €	23,00 €	16,10 €	29,90 €	16,00 €
Ex : Consultation médecin spécialiste pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie médicale)	66,00 €	23,00 €	14,10 €	25,30 €	26,60 €
<b>Matériel médical</b>	<b>Tarif moyen facturé</b>	<b>BR</b>	<b>60 % BR</b>	<b>40 % BR + dépassements si prévu au contrat</b>	<b>Selon contrat</b>
Ex : Achat d'une paire de béquilles	26,71 €	24,40 €	14,64 €	12,07 €	0,00 €

<b>Contrat d'assurance santé contrat responsable (2)</b>	<b>Tarif le plus souvent facturé ou tarif réglementé</b>	<b>Base de remboursement de la Sécurité sociale (BR) <sup>(3)</sup></b>	<b>Remboursement assurance maladie obligatoire (AMO)</b>	<b>Remboursement assurance maladie complémentaire (AMC)</b>	<b>Reste à charge</b>
<b>Dentaire</b>					
<b>Soins et prothèses 100 % santé</b>	<b>Prix moyen national</b>	<b>BR</b>	<b>60 % BR</b>	<b>30 % BR + dépassements dans la limite du plafond des honoraires</b>	<b>0,00 €</b>
Ex : pose d'une couronne céramo-métallique sur incisives, canines et premières prémolaires	515,00 €	120,00 €	72,00 €	443,00 €	0,00 €
<b>Soins (hors 100 % santé)</b>	<b>Tarif de convention</b>	<b>BR</b>	<b>60% BR</b>	<b>30 % BR + dépassements si prévu au contrat</b>	<b>Selon contrat</b>
Ex : détartrage	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>30 % BR + dépassements si prévu au contrat</b>	<b>Selon contrat</b>
Ex : couronne céramo-métallique sur molaires	561,99 €	120,00 €	72,00 €	468,00 €	21,99 €
<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>
Ex : traitement par semestre (6 max)	714,10 €	193,50 €	193,50 €	520,60 €	0,00 €
<b>Optique</b>					
<b>Équipement 100 % santé</b>	<b>Prix moyen national</b>	<b>BR</b>	<b>60 % BR</b>	<b>40 % BR + dépassements dans la limite des PLV <sup>(4)</sup></b>	<b>0,00 €</b>
Ex : verres simples et monture	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 €
Ex : verres progressifs et monture	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 + dépassements si prévu au contrat, dans la limite des plafonds réglementaires</b>	<b>Selon contrat</b>
Ex : verres simples + monture	112 € (par verre) + 148 € (monture)	0,05 € par verre + 0,05 €	0,03 € par verre + 0,03 €	109,97 € par verre + 99,97 €	52,00 €
Ex : verres progressifs + monture	246 € (par verre) + 148 € (monture)	0,05 € par verre + 0,05 €	0,03 € par verre + 0,03 €	209,97 € par verre + 99,97 €	120,00 €

Contrat d'assurance santé contrat responsable (2)	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
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)	320,00 €	Forfait annuel pour les deux yeux
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	1 000,00 €	Forfait par œil par an
<b>Aides auditives</b>					
Équipement 100 % santé	Prix moyen national	BR	60 % BR	40 % BR + dépassements dans la limite des PLV <sup>(4)</sup>	0,00 €
Par oreille pour un patient de plus de 20 ans	950 €	400 €	240 €	710,00 €	0,00 €
Équipement (hors 100 % santé)	Prix moyen national	BR	60 % BR	40 % BR + dépassements si prévu au contrat, dans la limite des plafonds réglementaires	Selon contrat
Par oreille pour un patient de plus de 20 ans	1 515 €	400 €	240 €	460,00 €	815,00 €

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-télécharger/>)

## EXEMPLES DE REMBOURSEMENT (1)

### Socle régime Alsace Moselle

Contrat d'assurance santé contrat responsable (2)	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 Régime Local d'Alsace-Moselle	Remboursement assurance maladie complémentaire (AMC)	Reste à charge
<b>Hospitalisation</b>						
Forfait journalier hospitalier (hébergement)	20 € (15 € en service psychiatrique)	0 €	0 €	20 € (15 € en service psychiatrique)	0,00 €	0,00 €
Chambre particulière (sur demande du patient)	NC	Non remboursé	Non remboursé	Non remboursé	-	Selon contrat
<b>Séjour 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 €	0,00 €	0,00 €
Frais de séjour en secteur privé	838,98 €	838,98 €	814,98 €	24,00 €	0,00 €	0,00 €
<b>Honoraires médecins adhérents OPTAM ou OPTAM-CO</b>	Dépassements maîtrisés	BR	100 % BR	0 €	Dépassements si prévu au contrat	Selon contrat
Opération en secteur privé : honoraires du chirurgien	443 €	271,70 €	271,70 €	0,00 €	135,85 €	35,45 €
<b>Honoraires médecins secteur 2 (non adhérents OPTAM ou OPTAM-CO)</b>	Honoraires libres	BR	100 % BR	0 €	Dépassements si prévu au contrat (remboursement des dépassements plafonné à 100% BR)	Selon contrat
Opération en secteur privé : honoraires du chirurgien	486 €	271,70 €	271,70 €	0,00 €	81,51 €	132,79 €
<b>Séjour sans 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'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 €	0,00 €
Frais de séjour en secteur public	3 754,00 €	3 754,00 €	3 003,20 €	750,80 €	0,00 €	0,00 €



<b>Contrat d'assurance santé contrat responsable (2)</b>	<b>Tarif le plus souvent facturé ou tarif réglementé</b>	<b>Base de remboursement de la Sécurité sociale (BR) <sup>(3)</sup></b>	<b>Remboursement assurance maladie obligatoire (AMO)</b>	<b>Remboursement Régime Local d'Alsace-Moselle</b>	<b>Remboursement assurance maladie complémentaire (AMC)</b>	<b>Reste à charge</b>
<b>Soins et prothèses 100 % santé</b>	<b>Prix moyen national</b>	<b>BR</b>	<b>60 % * BR</b>	<b>30% ** BR</b>	<b>10 % BR + dépassements dans la limite du plafond des honoraires</b>	<b>0,00 €</b>
Ex : pose d'une couronne céramo-métallique sur incisives, canines et premières prémolaires	515,00 €	120,00 €	72,00 €	36,00 €	407,00 €	0,00 €
<b>Soins (hors 100 % santé)</b>	<b>Tarif de convention</b>	<b>BR</b>	<b>60 % * BR</b>	<b>30% ** BR</b>	<b>10 % BR + dépassements si prévu au contrat</b>	<b>Selon contrat</b>
Ex : détartrage	43,38 €	43,38 €	26,03 €	13,01 €	4,34 €	0,00 €
<b>Prothèses (hors 100 % santé)</b>	<b>Prix moyen national</b>	<b>BR</b>	<b>60 % * BR</b>	<b>30% ** BR</b>	<b>10 % BR + dépassements si prévu au contrat</b>	<b>Selon contrat</b>
Ex : couronne céramo-métallique sur molaires	561,99 €	120,00 €	72,00 €	36,00 €	252,00 €	201,99 €
<b>Orthodontie (moins de 16 ans)</b>	<b>Prix moyen national</b>	<b>BR</b>	<b>100 % BR</b>	<b>0 €</b>	<b>Dépassement si prévu au contrat</b>	<b>Selon contrat</b>
Ex : traitement par semestre (6 max)	714,10 €	193,50 €	193,50 €	0,00 €	193,50 €	327,10 €
<b>Optique</b>						
<b>Équipement 100 % santé</b>	<b>Prix moyen national</b>	<b>BR</b>	<b>60 % BR</b>	<b>30% BR</b>	<b>10 % BR + dépassements dans la limite des PLV <sup>(4)</sup></b>	<b>0,00 €</b>
Ex : verres simples et monture	42,5 € (par verre) + 30 € (monture)	12,75 € par verre + 9 €	7,65 € par verre + 5,4 €	3,825 € par verre + 2,7 €	31,025 € par verre + 21,9 €	0,00 €
Ex : verres progressifs et monture	90 € (par verre) + 30 € (monture)	27 € par verre + 9 €	16,2 € par verre + 5,4 €	8,1 € par verre + 2,7 €	65,7 € par verre + 21,9 €	0,00 €
<b>Équipement (hors 100 % santé)</b>	<b>Prix moyen national</b>	<b>BR</b>	<b>60 % BR</b>	<b>30% BR</b>	<b>10 % BR + dépassements si prévu au contrat, dans la limite des plafonds réglementaires</b>	<b>Selon contrat</b>
Ex : verres simples + monture	112 € (par verre) + 148 € (monture)	0,05 € par verre + 0,05 €	0,03 € par verre + 0,03 €	0,015 € par verre + 0,015 €	59,955 € par verre + 49,955 €	202,00 €
Ex : verres progressifs + monture	246 € (par verre) + 148 € (monture)	0,05 € par verre + 0,05 €	0,03 € par verre + 0,03 €	0,015 € par verre + 0,015 €	129,955 € par verre + 49,955 €	330,00 €
<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>Pas de prise en charge (dans le cas général)</b>	<b>Prise en charge si prévu au contrat</b>	<b>Selon contrat</b>

<b>Contrat d'assurance santé contrat responsable (2)</b>	<b>Tarif le plus souvent facturé ou tarif réglementé</b>	<b>Base de remboursement de la Sécurité sociale (BR) <sup>(3)</sup></b>	<b>Remboursement assurance maladie obligatoire (AMO)</b>	<b>Remboursement Régime Local d'Alsace-Moselle</b>	<b>Remboursement assurance maladie complémentaire (AMC)</b>	<b>Reste à charge</b>
Forfait annuel	NC	Non remboursé (dans le cas général)	Non remboursé (dans le cas général)	Non remboursé (dans le cas général)	80,00 €	Forfait annuel pour les deux yeux
<b>Chirurgie réfractive</b>	<b>Prix moyen national</b>	<b>Non remboursé</b>	<b>Non remboursé</b>	<b>Non remboursé</b>	<b>Prise en charge si prévu au contrat</b>	<b>Selon contrat</b>
Ex : opération correctrice de la myopie	NC	Non remboursé	Non remboursé	Non remboursé	-	Forfait par œil par an
<b>Aides auditives</b>						
<b>Équipement 100 % santé</b>	<b>Prix moyen national</b>	<b>BR</b>	<b>60 % BR</b>	<b>30 % BR</b>	<b>10 % BR + dépassements dans la limite des PLV <sup>(4)</sup></b>	<b>0,00 €</b>
Par oreille pour un patient de plus de 20 ans	950 €	400 €	240 €	120,00 €	590,00 €	0,00 €
<b>Équipement (hors 100 % santé)</b>	<b>Prix moyen national</b>	<b>BR</b>	<b>60 % BR</b>	<b>30 % BR</b>	<b>10 % BR + dépassements si prévu au contrat, dans la limite des plafonds réglementaires</b>	<b>Selon contrat</b>
Par oreille pour un patient de plus de 20 ans	1 515 €	400 €	240 €	120,00 €	240,00 €	915,00 €

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/>)

## EXEMPLES DE REMBOURSEMENT (1)

### Socle + option 1 régime Alsace Moselle

Contrat d'assurance santé contrat responsable (2)	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 Régime Local d'Alsace-Moselle	Remboursement assurance maladie complémentaire (AMC)	Reste à charge
<b>Hospitalisation</b>						
Forfait journalier hospitalier (hébergement)	20 € (15 € en service psychiatrique)	0 €	0 €	20 € (15 € en service psychiatrique)	0,00 €	0,00 €
Chambre particulière (sur demande du patient)	NC	Non remboursé	Non remboursé	Non remboursé	60,00 €	Selon contrat
<b>Séjour 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 €	0,00 €	0,00 €
Frais de séjour en secteur privé	838,98 €	838,98 €	814,98 €	24,00 €	0,00 €	0,00 €
<b>Honoraires médecins adhérents OPTAM ou OPTAM-CO</b>	<b>Dépassements maîtrisés</b>	<b>BR</b>	<b>100 % BR</b>	<b>0 €</b>	<b>Dépassements si prévu au contrat</b>	<b>Selon contrat</b>
Opération en secteur privé : honoraires du chirurgien	443 €	271,70 €	271,70 €	0,00 €	135,85 €	35,45 €
<b>Honoraires médecins secteur 2 (non adhérents OPTAM ou OPTAM-CO)</b>	<b>Honoraires libres</b>	<b>BR</b>	<b>100 % BR</b>	<b>0 €</b>	<b>Dépassements si prévu au contrat (remboursement des dépassements plafonné à 100% BR)</b>	<b>Selon contrat</b>
Opération en secteur privé : honoraires du chirurgien	486 €	271,70 €	271,70 €	0,00 €	81,51 €	132,79 €
<b>Séjour sans 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'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 €	0,00 €
Frais de séjour en secteur public	3 754,00 €	3 754,00 €	3 003,20 €	750,80 €	0,00 €	0,00 €



<b>Contrat d'assurance santé contrat responsable (2)</b>	<b>Tarif le plus souvent facturé ou tarif réglementé</b>	<b>Base de remboursement de la Sécurité sociale (BR) <sup>(3)</sup></b>	<b>Remboursement assurance maladie obligatoire (AMO)</b>	<b>Remboursement Régime Local d'Alsace-Moselle</b>	<b>Remboursement assurance maladie complémentaire (AMC)</b>	<b>Reste à charge</b>
<b>Soins et prothèses 100 % santé</b>	<b>Prix moyen national</b>	<b>BR</b>	<b>60 % * BR</b>	<b>30% ** BR</b>	<b>10 % BR + dépassements dans la limite du plafond des honoraires</b>	<b>0,00 €</b>
Ex : pose d'une couronne céramo-métallique sur incisives, canines et premières prémolaires	515,00 €	120,00 €	72,00 €	36,00 €	407,00 €	0,00 €
<b>Soins (hors 100 % santé)</b>	<b>Tarif de convention</b>	<b>BR</b>	<b>60 % * BR</b>	<b>30% ** BR</b>	<b>10 % BR + dépassements si prévu au contrat</b>	<b>Selon contrat</b>
Ex : détartrage	43,38 €	43,38 €	26,03 €	13,01 €	4,34 €	0,00 €
<b>Prothèses (hors 100 % santé)</b>	<b>Prix moyen national</b>	<b>BR</b>	<b>60 % * BR</b>	<b>30% ** BR</b>	<b>10 % BR + dépassements si prévu au contrat</b>	<b>Selon contrat</b>
Ex : couronne céramo-métallique sur molaires	561,99 €	120,00 €	72,00 €	36,00 €	342,00 €	111,99 €
<b>Orthodontie (moins de 16 ans)</b>	<b>Prix moyen national</b>	<b>BR</b>	<b>100 % BR</b>	<b>0 €</b>	<b>Dépassement si prévu au contrat</b>	<b>Selon contrat</b>
Ex : traitement par semestre (6 max)	714,10 €	193,50 €	193,50 €	0,00 €	290,25 €	230,35 €
<b>Optique</b>						
<b>Équipement 100 % santé</b>	<b>Prix moyen national</b>	<b>BR</b>	<b>60 % BR</b>	<b>30% BR</b>	<b>10 % BR + dépassements dans la limite des PLV <sup>(4)</sup></b>	<b>0,00 €</b>
Ex : verres simples et monture	42,5 € (par verre) + 30 € (monture)	12,75 € par verre + 9 €	7,65 € par verre + 5,4 €	3,825 € par verre + 2,7 €	31,025 € par verre + 21,9 €	0,00 €
Ex : verres progressifs et monture	90 € (par verre) + 30 € (monture)	27 € par verre + 9 €	16,2 € par verre + 5,4 €	8,1 € par verre + 2,7 €	65,7 € par verre + 21,9 €	0,00 €
<b>Équipement (hors 100 % santé)</b>	<b>Prix moyen national</b>	<b>BR</b>	<b>60 % BR</b>	<b>30% BR</b>	<b>10 % BR + dépassements si prévu au contrat, dans la limite des plafonds réglementaires</b>	<b>Selon contrat</b>
Ex : verres simples + monture	112 € (par verre) + 148 € (monture)	0,05 € par verre + 0,05 €	0,03 € par verre + 0,03 €	0,015 € par verre + 0,015 €	79,955 € par verre + 74,955 €	202,00 €
Ex : verres progressifs + monture	246 € (par verre) + 148 € (monture)	0,05 € par verre + 0,05 €	0,03 € par verre + 0,03 €	0,015 € par verre + 0,015 €	149,955 € par verre + 74,955 €	330,00 €
<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>Pas de prise en charge (dans le cas général)</b>	<b>Prise en charge si prévu au contrat</b>	<b>Selon contrat</b>

<b>Contrat d'assurance santé contrat responsable (2)</b>	<b>Tarif le plus souvent facturé ou tarif réglementé</b>	<b>Base de remboursement de la Sécurité sociale (BR) <sup>(3)</sup></b>	<b>Remboursement assurance maladie obligatoire (AMO)</b>	<b>Remboursement Régime Local d'Alsace-Moselle</b>	<b>Remboursement assurance maladie complémentaire (AMC)</b>	<b>Reste à charge</b>
Forfait annuel	NC	Non remboursé (dans le cas général)	Non remboursé (dans le cas général)	Non remboursé (dans le cas général)	120,00 €	Forfait annuel pour les deux yeux
<b>Chirurgie réfractive</b>	<b>Prix moyen national</b>	<b>Non remboursé</b>	<b>Non remboursé</b>	<b>Non remboursé</b>	<b>Prise en charge si prévu au contrat</b>	<b>Selon contrat</b>
Ex : opération correctrice de la myopie	NC	Non remboursé	Non remboursé	Non remboursé	-	Forfait par œil par an
<b>Aides auditives</b>						
<b>Équipement 100 % santé</b>	<b>Prix moyen national</b>	<b>BR</b>	<b>60 % BR</b>	<b>30 % BR</b>	<b>10 % BR + dépassements dans la limite des PLV <sup>(4)</sup></b>	<b>0,00 €</b>
Par oreille pour un patient de plus de 20 ans	950 €	400 €	240 €	120,00 €	590,00 €	0,00 €
<b>Équipement (hors 100 % santé)</b>	<b>Prix moyen national</b>	<b>BR</b>	<b>60 % BR</b>	<b>30 % BR</b>	<b>10 % BR + dépassements si prévu au contrat, dans la limite des plafonds réglementaires</b>	<b>Selon contrat</b>
Par oreille pour un patient de plus de 20 ans	1 515 €	400 €	240 €	120,00 €	240,00 €	915,00 €

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/>)

## EXEMPLES DE REMBOURSEMENT (1)

### Socle + option 2 régime Alsace Moselle

Contrat d'assurance santé contrat responsable (2)	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 Régime Local d'Alsace-Moselle	Remboursement assurance maladie complémentaire (AMC)	Reste à charge
<b>Hospitalisation</b>						
Forfait journalier hospitalier (hébergement)	20 € (15 € en service psychiatrique)	0 €	0 €	20 € (15 € en service psychiatrique)	0,00 €	0,00 €
Chambre particulière (sur demande du patient)	NC	Non remboursé	Non remboursé	Non remboursé	100,00 €	Selon contrat
<b>Séjour 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 €	0,00 €	0,00 €
Frais de séjour en secteur privé	838,98 €	838,98 €	814,98 €	24,00 €	0,00 €	0,00 €
Honoraires médecins adhérents OPTAM ou OPTAM-CO	Dépassements maîtrisés	BR	100 % BR	0 €	Dépassements si prévu au contrat	Selon contrat
Opération en secteur privé : honoraires du chirurgien	443 €	271,70 €	271,70 €	0,00 €	171,30 €	0,00 €
Honoraires médecins secteur 2 (non adhérents OPTAM ou OPTAM-CO)	Honoraires libres	BR	100 % BR	0 €	Dépassements si prévu au contrat (remboursement des dépassements plafonné à 100% BR)	Selon contrat
Opération en secteur privé : honoraires du chirurgien	486 €	271,70 €	271,70 €	0,00 €	214,30 €	0,00 €
<b>Séjour sans 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'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 €	0,00 €
Frais de séjour en secteur public	3 754,00 €	3 754,00 €	3 003,20 €	750,80 €	0,00 €	0,00 €



Contrat d'assurance santé contrat responsable (2)	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 Régime Local d'Alsace-Moselle	Remboursement assurance maladie complémentaire (AMC)	Reste à charge
<b>Soins et prothèses 100 % santé</b>	Prix moyen national	BR	60 % * BR	30% ** BR	10 % BR + dépassements dans la limite du plafond des honoraires	0,00 €
Ex : pose d'une couronne céramo-métallique sur incisives, canines et premières prémolaires	515,00 €	120,00 €	72,00 €	36,00 €	407,00 €	0,00 €
<b>Soins (hors 100 % santé)</b>	Tarif de convention	BR	60 % * BR	30% ** BR	10 % BR + dépassements si prévu au contrat	Selon contrat
Ex : détartrage	43,38 €	43,38 €	26,03 €	13,01 €	4,34 €	0,00 €
<b>Prothèses (hors 100 % santé)</b>	Prix moyen national	BR	60 % * BR	30% ** BR	10 % BR + dépassements si prévu au contrat	Selon contrat
Ex : couronne céramo-métallique sur molaires	561,99 €	120,00 €	72,00 €	36,00 €	372,00 €	81,99 €
<b>Orthodontie (moins de 16 ans)</b>	Prix moyen national	BR	100 % BR	0 €	Dépassement si prévu au contrat	Selon contrat
Ex : traitement par semestre (6 max)	714,10 €	193,50 €	193,50 €	0,00 €	387,00 €	133,60 €
<b>Optique</b>						
<b>Équipement 100 % santé</b>	Prix moyen national	BR	60 % BR	30% BR	10 % BR + dépassements dans la limite des PLV <sup>(4)</sup>	0,00 €
Ex : verres simples et monture	42,5 € (par verre) + 30 € (monture)	12,75 € par verre + 9 €	7,65 € par verre + 5,4 €	3,825 € par verre + 2,7 €	31,025 € par verre + 21,9 €	0,00 €
Ex : verres progressifs et monture	90 € (par verre) + 30 € (monture)	27 € par verre + 9 €	16,2 € par verre + 5,4 €	8,1 € par verre + 2,7 €	65,7 € par verre + 21,9 €	0,00 €
<b>Équipement (hors 100 % santé)</b>	Prix moyen national	BR	60 % BR	30% BR	10 % BR + dépassements si prévu au contrat, dans la limite des plafonds réglementaires	Selon contrat
Ex : verres simples + monture	112 € (par verre) + 148 € (monture)	0,05 € par verre + 0,05 €	0,03 € par verre + 0,03 €	0,015 € par verre + 0,015 €	89,955 € par verre + 99,94 €	202,00 €
Ex : verres progressifs + monture	246 € (par verre) + 148 € (monture)	0,05 € par verre + 0,05 €	0,03 € par verre + 0,03 €	0,015 € par verre + 0,015 €	189,955 € par verre + 99,94 €	330,00 €
<b>Lentilles</b>	Prix moyen national	Pas de prise en charge (dans le cas général)	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

<b>Contrat d'assurance santé contrat responsable (2)</b>	<b>Tarif le plus souvent facturé ou tarif réglementé</b>	<b>Base de remboursement de la Sécurité sociale (BR) <sup>(3)</sup></b>	<b>Remboursement assurance maladie obligatoire (AMO)</b>	<b>Remboursement Régime Local d'Alsace-Moselle</b>	<b>Remboursement assurance maladie complémentaire (AMC)</b>	<b>Reste à charge</b>
Forfait annuel	NC	Non remboursé (dans le cas général)	Non remboursé (dans le cas général)	Non remboursé (dans le cas général)	200,00 €	Forfait annuel pour les deux yeux
<b>Chirurgie réfractive</b>	<b>Prix moyen national</b>	<b>Non remboursé</b>	<b>Non remboursé</b>	<b>Non remboursé</b>	<b>Prise en charge si prévu au contrat</b>	<b>Selon contrat</b>
Ex : opération correctrice de la myopie	NC	Non remboursé	Non remboursé	Non remboursé	-	Forfait par œil par an
<b>Aides auditives</b>						
<b>Équipement 100 % santé</b>	<b>Prix moyen national</b>	<b>BR</b>	<b>60 % BR</b>	<b>30 % BR</b>	<b>10 % BR + dépassements dans la limite des PLV <sup>(4)</sup></b>	<b>0,00 €</b>
Par oreille pour un patient de plus de 20 ans	950 €	400 €	240 €	120,00 €	590,00 €	0,00 €
<b>Équipement (hors 100 % santé)</b>	<b>Prix moyen national</b>	<b>BR</b>	<b>60 % BR</b>	<b>30 % BR</b>	<b>10 % BR + dépassements si prévu au contrat, dans la limite des plafonds réglementaires</b>	<b>Selon contrat</b>
Par oreille pour un patient de plus de 20 ans	1 515 €	400 €	240 €	120,00 €	340,00 €	815,00 €

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 toutes les 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/>)

## EXEMPLES DE REMBOURSEMENT (1)

### Socle + option 3 régime Alsace Moselle

Contrat d'assurance santé contrat responsable (2)	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 Régime Local d'Alsace-Moselle	Remboursement assurance maladie complémentaire (AMC)	Reste à charge
<b>Hospitalisation</b>						
Forfait journalier hospitalier (hébergement)	20 € (15 € en service psychiatrique)	0 €	0 €	20 € (15 € en service psychiatrique)	0,00 €	0,00 €
Chambre particulière (sur demande du patient)	NC	Non remboursé	Non remboursé	Non remboursé	140,00 €	Selon contrat
<b>Séjour 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 €	0,00 €	0,00 €
Frais de séjour en secteur privé	838,98 €	838,98 €	814,98 €	24,00 €	0,00 €	0,00 €
<b>Honoraires médecins adhérents OPTAM ou OPTAM-CO</b>	Dépassements maîtrisés	BR	100 % BR	0 €	Dépassements si prévu au contrat	Selon contrat
Opération en secteur privé : honoraires du chirurgien	443 €	271,70 €	271,70 €	0,00 €	171,30 €	0,00 €
<b>Honoraires médecins secteur 2 (non adhérents OPTAM ou OPTAM-CO)</b>	Honoraires libres	BR	100 % BR	0 €	Dépassements si prévu au contrat (remboursement des dépassements plafonné à 100% BR)	Selon contrat
Opération en secteur privé : honoraires du chirurgien	486 €	271,70 €	271,70 €	0,00 €	214,30 €	0,00 €
<b>Séjour sans 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'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 €	0,00 €
Frais de séjour en secteur public	3 754,00 €	3 754,00 €	3 003,20 €	750,80 €	0,00 €	0,00 €



Contrat d'assurance santé contrat responsable (2)	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 Régime Local d'Alsace-Moselle	Remboursement assurance maladie complémentaire (AMC)	Reste à charge
<b>Soins et prothèses 100 % santé</b>	<b>Prix moyen national</b>	<b>BR</b>	<b>60 % * BR</b>	<b>30% ** BR</b>	<b>10 % BR + dépassements dans la limite du plafond des honoraires</b>	<b>0,00 €</b>
Ex : pose d'une couronne céramo-métallique sur incisives, canines et premières prémolaires	515,00 €	120,00 €	72,00 €	36,00 €	407,00 €	0,00 €
<b>Soins (hors 100 % santé)</b>	<b>Tarif de convention</b>	<b>BR</b>	<b>60 % * BR</b>	<b>30% ** BR</b>	<b>10 % BR + dépassements si prévu au contrat</b>	<b>Selon contrat</b>
Ex : détartrage	43,38 €	43,38 €	26,03 €	13,01 €	4,34 €	0,00 €
<b>Prothèses (hors 100 % santé)</b>	<b>Prix moyen national</b>	<b>BR</b>	<b>60 % * BR</b>	<b>30% ** BR</b>	<b>10 % BR + dépassements si prévu au contrat</b>	<b>Selon contrat</b>
Ex : couronne céramo-métallique sur molaires	561,99 €	120,00 €	72,00 €	36,00 €	432,00 €	21,99 €
<b>Orthodontie (moins de 16 ans)</b>	<b>Prix moyen national</b>	<b>BR</b>	<b>100 % BR</b>	<b>0 €</b>	<b>Dépassement si prévu au contrat</b>	<b>Selon contrat</b>
Ex : traitement par semestre (6 max)	714,10 €	193,50 €	193,50 €	0,00 €	520,60 €	0,00 €
<b>Optique</b>						
<b>Équipement 100 % santé</b>	<b>Prix moyen national</b>	<b>BR</b>	<b>60 % BR</b>	<b>30% BR</b>	<b>10 % BR + dépassements dans la limite des PLV <sup>(4)</sup></b>	<b>0,00 €</b>
Ex : verres simples et monture	42,5 € (par verre) + 30 € (monture)	12,75 € par verre + 9 €	7,65 € par verre + 5,4 €	3,825 € par verre + 2,7 €	31,025 € par verre + 21,9 €	0,00 €
Ex : verres progressifs et monture	90 € (par verre) + 30 € (monture)	27 € par verre + 9 €	16,2 € par verre + 5,4 €	8,1 € par verre + 2,7 €	65,7 € par verre + 21,9 €	0,00 €
<b>Équipement (hors 100 % santé)</b>	<b>Prix moyen national</b>	<b>BR</b>	<b>60 % BR</b>	<b>30% BR</b>	<b>10 % BR + dépassements si prévu au contrat, dans la limite des plafonds réglementaires</b>	<b>Selon contrat</b>
Ex : verres simples + monture	112 € (par verre) + 148 € (monture)	0,05 € par verre + 0,05 €	0,03 € par verre + 0,03 €	0,015 € par verre + 0,015 €	109,955 € par verre + 99,94 €	202,00 €
Ex : verres progressifs + monture	246 € (par verre) + 148 € (monture)	0,05 € par verre + 0,05 €	0,03 € par verre + 0,03 €	0,015 € par verre + 0,015 €	209,955 € par verre + 99,94 €	330,00 €
<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>Pas de prise en charge (dans le cas général)</b>	<b>Prise en charge si prévu au contrat</b>	<b>Selon contrat</b>

<b>Contrat d'assurance santé contrat responsable (2)</b>	<b>Tarif le plus souvent facturé ou tarif réglementé</b>	<b>Base de remboursement de la Sécurité sociale (BR) (3)</b>	<b>Remboursement assurance maladie obligatoire (AMO)</b>	<b>Remboursement Régime Local d'Alsace-Moselle</b>	<b>Remboursement assurance maladie complémentaire (AMC)</b>	<b>Reste à charge</b>
Forfait annuel	NC	Non remboursé (dans le cas général)	Non remboursé (dans le cas général)	Non remboursé (dans le cas général)	320,00 €	Forfait annuel pour les deux yeux
<b>Chirurgie réfractive</b>	<b>Prix moyen national</b>	<b>Non remboursé</b>	<b>Non remboursé</b>	<b>Non remboursé</b>	<b>Prise en charge si prévu au contrat</b>	<b>Selon contrat</b>
Ex : opération correctrice de la myopie	NC	Non remboursé	Non remboursé	Non remboursé	-	Forfait par œil par an
<b>Aides auditives</b>						
<b>Équipement 100 % santé</b>	<b>Prix moyen national</b>	<b>BR</b>	<b>60 % BR</b>	<b>30 % BR</b>	<b>10 % BR + dépassements dans la limite des PLV (4)</b>	<b>0,00 €</b>
Par oreille pour un patient de plus de 20 ans	950 €	400 €	240 €	120,00 €	590,00 €	0,00 €
<b>Équipement (hors 100 % santé)</b>	<b>Prix moyen national</b>	<b>BR</b>	<b>60 % BR</b>	<b>30 % BR</b>	<b>10 % BR + dépassements si prévu au contrat, dans la limite des plafonds réglementaires</b>	<b>Selon contrat</b>
Par oreille pour un patient de plus de 20 ans	1 515 €	400 €	240 €	120,00 €	340,00 €	815,00 €

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/>)





# Avenant n°4 du 25 novembre 2025 à l'Accord collectif du 31 janvier 2022 relatif au régime frais de santé dénommé EEP Santé

## Préambule

Conformément à l'application de l'article 10.1 – Cotisations de l'accord collectif du 31 janvier 2022 « Par avenant au présent accord, les organisations représentatives signataires fixent chaque année, après approbation des comptes, le niveau de ces cotisations.

Elles intègrent comme éléments de leur réflexion l'évolution prévisionnelle du PMSS, l'évolution des dépenses de santé, les résultats techniques du régime et les propositions formulées par les assureurs.

A défaut d'avenant, le montant des cotisations suit chaque année l'évolution du PMSS ainsi que toute évolution de la législation et de la réglementation sociale et fiscale.

Dans ce cas, le montant des cotisations est arrondi à la dizaine de centime supérieure. ». La CPN EEP Santé s'est réunie le 25 novembre 2025 pour négocier le taux d'évolution des cotisations 2026. Leur décision est traduite dans le présent avenant.

Les augmentations du taux des cotisations 2024 et 2025 ont permis de reconstituer un niveau de réserve générale suffisant pour que les partenaires sociaux s'accordent sur l'application d'un taux d'évolution des cotisations pour 2026 inférieur à celui du marché des assureurs, estimé à 6% en moyenne.

Aussi, les partenaires sociaux ont décidé d'augmenter les cotisations 2026 de 4% pour les actifs et pour les bénéficiaires du régime EEP Santé loi Evin. Cette augmentation est uniforme sur la socle obligatoire et sur les trois options.

Pour rappel, les cotisations sont forfaitaires et exprimées en euros. Elles sont annexées au présent avenant (annexe 1).

Conformément à l'article 10.1 de l'accord collectif du 31 janvier 2022, l'annexe 1 du présent avenant fixe les cotisations mensuelles pour l'année 2026. Elles sont applicables à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2026.

Conformément à l'article L. 2222-3-3 du Code du travail, la volonté paritaire est synthétisée dans le tableau ci-dessous :

Texte initial concerné	Action	Thématique
Annexe 2 de l'accord collectif du 31 janvier 2022 relatif au régime EEP Santé	Révision	Annexe 1 : cotisations mensuelles pour l'année 2026

Les organisations syndicales représentatives signataires de l'avenant confient au secrétariat technique et administratif de la CPN **EEP santé** le soin de rédiger une édition validée par elle d'un accord consolidé afin d'assurer une meilleure lisibilité des stipulations conventionnelles et ainsi favoriser l'effectivité des droits et garanties décrites.

## **Article 1<sup>er</sup> : Révision de l'annexe 2**

L'annexe 1 du présent avenant se substitue à l'annexe 2 de l'accord collectif du 31 janvier 2022 en vigueur au 1<sup>er</sup> janvier 2025.

L'annexe 1 fixe les cotisations mensuelles pour l'année 2026 pour :

- les salariés et leurs ayants droit,
- les anciens salariés entrés et entrants dans le dispositif EEP Santé Evin et leurs ayants droit.

## **Article 2 : Nature du présent accord et date d'application**

Le présent accord est un avenant à l'accord collectif du 31 janvier 2022 relatif au régime frais de santé dénommé EEP Santé.

Il est à durée indéterminée et prend effet au 1<sup>er</sup> janvier 2026.

A cette date, ses dispositions remplacent les dispositions révisées.

## **Article 3 : Modalités de dépôt**

L'avenant n°4 du 25 novembre 2025 est déposé par la CEPNL conformément aux dispositions légales, réglementaires et conventionnelles.

Une demande d'extension est formulée à cette occasion.

L'avenant doit s'appliquer dans toutes les entreprises visées à l'article 2.1 de l'accord du 31 janvier 2022 quel que soit leur effectif. La branche est très majoritairement composée d'entreprises dont l'effectif est inférieur à 50 salariés et le thème de négociation du présent avenant ne peut donner lieu à des stipulations différentes selon l'effectif de l'entreprise. Les garanties s'appliquent aux établissements indépendamment du nombre de salariés équivalent temps plein. Il n'y a donc pas de dispositions spécifiques pour les établissements de moins de 50 salariés dans cet avenant.

Fait à Paris, le 25 novembre 2025

<b>Collège des employeurs</b>	<b>Collège des salariés</b>
	<b>FEP CFDT</b>
<b>CEPNL</b>	<b>SNEC CFTC</b>
<b>FFNEAP</b>	<b>SPELC</b>

## Annexe 1 :

L'annexe 2 de l'accord EEP Santé du 31 janvier 2022 est rédigée comme telle :

### ANNEXE 2 COTISATIONS MENSUELLES 2026

#### 1/ Cotisations pour les salariés et leurs ayants droit

Les cotisations 2026 des salariés en activité et de leurs ayants droit sont de :

	Socle		Options (en complément du socle)		
	Régime général	Alsace Moselle	Option 1	Option 2	Option 3
Salarié	55,10 €	33,30 €	14,60 €	37,50 €	55,30€
Conjoint	60,80 €	36,70 €			
Enfant (1)	30,50 €	18,70 €	8,20 €	20,40 €	30,50 €

(1) La cotisation est gratuite à compter du 3<sup>ème</sup> enfant « affilié ».

Lorsque la cotisation correspondant aux garanties du socle conventionnel (tel que défini par le présent accord) est inférieure au montant de la cotisation fixée par le présent accord, **l'employeur doit contribuer à hauteur de 27,55 € minimum**.

Pour l'année 2026, la répartition de la cotisation mensuelle au titre du socle conventionnel obligatoire est la suivante conformément à l'article 9.2 du présent accord :

- Régimes général et agricole : 27,55 € minimum pour l'employeur et 27,55 € maximum pour le salarié ;
- Alsace-Moselle : 27,55 € minimum pour l'employeur et 5,75 € maximum pour le salarié.

Toute évolution ultérieure de la cotisation sera répercutée entre l'établissement et les salariés selon cette proportion.

Bénéficient ainsi d'une exonération totale de la part salarié de la cotisation conventionnelle pour le socle obligatoire :

- les salariés en contrat d'apprentissage d'une durée strictement inférieure à 12 mois,
- les salariés en CDD d'une durée strictement inférieure à 12 mois sauf s'ils sont en cumul d'emplois. Par exception, les salariés en cumul d'emplois dans un ou plusieurs établissements relevant du champ d'application bénéficient de cette mesure à condition que leur rémunération globale tous employeurs confondus soit inférieure au SMIC,
- et les salariés pour lesquels la cotisation (part employeur et part salarié) représente au moins 10 % de leurs rémunérations brutes, seule la contribution employeur est appelée, sous réserve qu'ils soient identifiés par bulletin d'affiliation et dans l'appel de cotisation trimestriel.

## 2/Cotisations pour les anciens salariés entrés dans le dispositif EEP santé loi EVIN et leurs ayants droit

Les cotisations 2026 des anciens salariés entrés dans le dispositif loi Evin **EEP Santé** à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2025, des anciens salariés privés d'emploi et bénéficiant de revenus de remplacement sont de :

	Socle		Options (en complément du socle)		
	Régime général	Alsace Moselle	Option 1	Option 2	Option 3
<b>Salarié</b>	55,10 €	33,30 €			
<b>Conjoint</b>	60,80 €	36,70 €	14,60 €	37,50 €	55,30 €
<b>Enfant (1)</b>	30,50 €	18,70 €	8,20 €	20,40 €	30,50 €

(1)La cotisation est gratuite à compter du 3<sup>ème</sup> enfant « affilié ».

Les cotisations 2026 des anciens salariés entrés dans le dispositif loi Evin **EEP Santé** entre le 1<sup>er</sup> janvier 2024 et le 31 décembre 2024 (inclus), c'est-à-dire pour la 2<sup>ème</sup> année de cotisation dans le régime loi Evin et de leurs ayants droit sont de :

	Socle		Options (en complément du socle)		
	Régime général	Alsace Moselle	Option 1	Option 2	Option 3
<b>Salarié</b>	68,90 €	41,70 €			
<b>Conjoint</b>	76,00 €	45,90 €	18,30 €	46,90 €	69,20 €
<b>Enfant (1)</b>	30,50 €	18,70 €	8,20 €	20,40 €	30,50 €

(1) La cotisation est gratuite à compter du 3<sup>ème</sup> enfant « affilié ».

Les cotisations 2026 des anciens salariés entrés dans le dispositif loi Evin **EEP Santé** entre le 1<sup>er</sup> janvier 2023 et le 31 décembre 2023 (inclus), c'est-à-dire pour la 3<sup>ème</sup> année de cotisation dans le régime loi Evin et de leurs ayants droit sont de :

	Socle		Options (en complément du socle)		
	Régime général	Alsace Moselle	Option 1	Option 2	Option 3
<b>Salarié</b>	82,70 €	50,00 €			
<b>Conjoint</b>	91,20 €	55,10 €	21,90 €	56,30 €	83,00 €
<b>Enfant (1)</b>	30,50 €	18,70 €	8,20 €	20,40 €	30,50 €

(1)La cotisation est gratuite à compter du 3<sup>ème</sup> enfant « affilié ».

Les cotisations 2026 des anciens salariés entrés dans le dispositif loi Evin **EEP Santé** avant le 1<sup>er</sup> janvier 2023, c'est-à-dire pour la 4<sup>ème</sup> année (et plus) de cotisation dans le régime loi Evin et de leurs ayants droit sont de :

	Socle		Options (en complément du socle)		
	Régime général	Alsace Moselle	Option 1	Option 2	Option 3
<b>Salarié</b>	84,40 €	51,00 €			
<b>Conjoint</b>	93,10 €	56,20 €	22,40 €	57,40 €	84,70 €
<b>Enfant (1)</b>	30,50 €	18,70 €	8,20 €	20,40 €	30,50 €

(1)La cotisation est gratuite à compter du 3<sup>ème</sup> enfant « affilié ».

Pour les anciens salariés (et leurs ayants droits) ayant adhéré au régime loi Evin à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2025, la cotisation est maintenue à 100% du montant de la cotisation des actifs pour les mois restant à courir jusqu'à la fin de l'année civile (pour les départs en cours d'année) et l'année civile suivante. La 2<sup>ème</sup> année, la cotisation est celle au tableau correspondant aux affiliations entre le 1<sup>er</sup> janvier 2024 et le 31 décembre 2024. La 3<sup>ème</sup> année correspond aux affiliations entre le 1<sup>er</sup> janvier 2023 et le 31 décembre 2023 (inclus). La 4<sup>ème</sup> année (et plus) correspond aux affiliations avant le 1<sup>er</sup> janvier 2023. Pour les anciens salariés (et leurs ayants droits) ayant adhéré au régime loi Evin avant le 1<sup>er</sup> juillet 2017, la cotisation est maintenue à 150% du montant de la cotisation des actifs de manière viagère.