

Les prestations du présent tableau de garanties respectent l'ensemble des obligations liées aux contrats « solidaires et responsables » fixées à l'article L.871-1 du Code de la Sécurité sociale et ses textes d'application. Les remboursements sont limités aux frais réels engagés et le cas échéant aux prix limites de vente et dans la limite des planchers et plafonds du contrat responsable. Dans le tableau des garanties, les prestations sont exprimées soit en pourcentage, soit en forfait. Les prestations exprimées en pourcentage s'appliquent à la base de remboursement fixée par la Sécurité sociale et incluent le remboursement du régime obligatoire à l'exception des honoraires en secteur non conventionné qui s'appliquent sur la base des tarifs d'autorité. La participation forfaitaire de 1 €, les franchises médicales et les pénalités en cas de non-respect du parcours de soins coordonnés sont laissées à la charge du patient. L'ensemble des forfaits est appliqué par année civile et par bénéficiaire sauf mention contraire.

		Sécurité sociale incluse sauf forfait			
		SP1	SP2	SP3	SP4
HOSPITALISATION ⁽¹⁾					
Forfait journalier hospitalier		Illimité	Illimité	Illimité	Illimité
Honoraires secteur conventionné	Médecin DPTAM	150% BR	200% BR	250% BR	300% BR
	Médecin non DPTAM	130% BR	150% BR	200% BR	200% BR
Honoraires secteur non conventionné		100% BR	100% BR	100% BR	100% BR
Frais de séjour secteur conventionné		150% BR	200% BR	250% BR	300% BR
Frais de séjour secteur non conventionné		100% BR	100% BR	100% BR	100% BR
Chambre particulière (par jour) ou forfait ambulatoire		35 €	60 €	80 €	100 €
Limitation durée : médecine / soins de suite / psychiatrie		60/60/30 jours	60/60/30 jours	60/60/30 jours	60/60/30 jours
Frais accompagnant (par jour)		-	30 €	60 €	60 €
Limitation : âge		< 16 ans	< 16 ans	< 16 ans	< 16 ans
Forfait de 24 € sur les actes dits lourds > 120 €				FR	
Forfait Patient Urgences				FR	
Transport		100% BR	150% BR	200% BR	200% BR
SOINS COURANTS					
Honoraires médicaux					
Consultations et visites : Généralistes, spécialistes	Médecin DPTAM	150% BR	200% BR	250% BR	300% BR
	Médecin non DPTAM	100% BR	130% BR	180% BR	200% BR
Radiologie, actes de spécialité, de chirurgie, actes techniques médicaux	Médecin DPTAM	150% BR	200% BR	250% BR	300% BR
	Médecin non DPTAM	100% BR	150% BR	180% BR	200% BR
Honoraires paramédicaux : infirmier, kinésithérapeute, orthophoniste, orthoptiste, pédicure-podologue, masseur-kinésithérapeute		100% BR	150% BR	150% BR	200% BR
Psychologue remboursé par le RO ⁽²⁾		100% BR	100% BR	100% BR	100% BR
Analyses et examens de laboratoire		100% BR	125% BR	175% BR	200% BR
Médicaments pris en charge par le RO					
Médicaments		100% BR	100% BR	100% BR	100% BR
Médicaments non pris en charge par le RO					
Médicaments prescrits, vaccins prescrits, contraception, sevrage tabagique		80 €	120 €	150 €	200 €
Matériel médical remboursé par le RO					
Autres prothèses (MAD, AAD, PIO, PEX, OPT) ⁽³⁾		100% BR	150% BR	200% BR	300% BR
Petit appareillage, pansements, accessoires (PAN, AAR, MAC, ARO, GLU, DVO) ⁽³⁾		100% BR	100% BR	100% BR	100% BR
Grand appareillage (VEH, ORP, POC, PME, PII) ⁽³⁾		150% BR	200% BR	250% BR	300% BR
Orthopédie (COR) ⁽³⁾		150% BR	200% BR	250% BR	300% BR
OPTIQUE					
Un équipement (monture + 2 verres)					
Le renouvellement de la prise en charge de l'équipement s'effectue tous les 2 ans, sauf pour les enfants de moins de 16 ans ou en cas d'évolution de la vue (renouvellement annuel). La période de 2 ans (ou 1 an) s'apprécie à compter de la dernière facturation de l'équipement ayant fait l'objet d'une prise en charge de la Sécurité sociale, conformément à l'article L.165-1 du Code de la Sécurité sociale. Les montures sont limitées à 30 € en Classe A et 100 € en Classe B. La grille optique (définition des verres simples, complexes et très complexes) et les conditions de renouvellement sont détaillées dans la notice d'information.					
Panier de soins 100% Santé - Équipement Classe A y compris prestation d'adaptation de la correction, prestations d'appairage et autres suppléments dans la limite des Prix Limites de Vente (PLV)					
Monture + Verres		Aucun reste à charge			
Panier de soins libre - Équipement Classe B					
Monture + 2 verres simples		175 €	225 €	300 €	350 €
Monture + 1 verre simple + 1 verre complexe ou très complexe		200 €	250 €	350 €	400 €
Monture + 2 verres complexes ou très complexes		200 €	275 €	400 €	500 €
Prestation d'adaptation de la correction visuelle		100% BR	100% BR	100% BR	100% BR
Autres suppléments (prisme, système antipetits, verres iséconiques, verres à filtre)		100% BR	100% BR	100% BR	100% BR
Équipement mixte	1 monture Classe A	100% FR (dans la limite des PLV)			
	2 verres Classe B	Se reporter aux forfaits « Panier de soins libre - Équipement Classe B » ci-dessus, sous déduction du remboursement de la monture Classe A			
Équipement mixte	1 monture Classe B	Se reporter aux forfaits « Panier de soins libre - Équipement Classe B » ci-dessus, sous déduction du remboursement des verres de Classe A et dans la limite de 100 €			
	2 verres Classe A	100% FR (dans la limite des PLV)			
Autres prestations optiques					
Lentilles remboursées ou non par le RO ⁽⁴⁾		100 €	150 €	200 €	250 €
Chirurgie réfractive non remboursée par le RO		150 €	300 €	400 €	500 €

	Sécurité sociale incluse sauf forfait			
	SP1	SP2	SP3	SP4
DENTAIRE				
Soins dentaires (tarif opposable)	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR
Panier de soins 100% Santé - dans la limite des Prix Limites de Vente (PLV)	Aucun reste à charge			
Panier de soins modéré et libre - Prise en charge selon les prestations définies ci-dessous dans la limite des PLV pour le panier modéré				
Inlay onlay	100% BR	150% BR	200% BR	250% BR
Inlay Core	150% BR	200% BR	250% BR	300% BR
Prothèses dentaires remboursées par le RO	200% BR	250% BR	275% BR	300% BR
Prothèses dentaires non remboursées par le RO				
Implants (forfait par implant, 2 max. / an)	-	100 €	450 €	450 €
Parodontologie non remboursée par le RO				
Orthodontie remboursée par le RO	200% BR	250% BR	275% BR	300% BR
Plafond dentaire (hors soins et panier de soins 100% santé) ⁽⁵⁾	1 200 €	1 500 €	2 000 €	2 000 €
AIDES AUDITIVES				
Le renouvellement de la prise en charge des aides auditives s'effectue tous les 4 ans (par oreille). La période de 4 ans s'apprécie à compter de la dernière facturation d'un appareil ayant fait l'objet d'une prise en charge par la Sécurité sociale. Pendant 4 ans, le suivi est assuré par votre audioprothésiste, à raison d'au moins une séance tous les 6 mois au-delà de la première année. Lors de ces séances, l'audioprothésiste vérifie l'efficacité de l'aide auditive, effectue les réglages et l'entretien nécessaires. Les aides auditives de classe II sont limitées à 1700 € par oreille (hors prestations annexes telles que les consommables, piles et accessoires).				
Panier de soins 100% Santé - dans la limite des Prix Limites de Vente (PLV)				
Aides auditives de Classe I	Aucun reste à charge			
Panier de soins libre				
Aides auditives de Classe II remboursées par le RO dont piles, accessoires et frais de réparation (forfait par oreille)	100% BR + 200 €	100% BR + 300 €	100% BR + 500 €	100% BR + 600 €
PRÉVENTION				
Diététicien, ostéopathe, homéopathe, médecin-acupuncteur, chiropracteur, pédicure-podologue ⁽⁶⁾ , étioathe ⁽⁷⁾	40 € / séance 2 max. par an	40 € / séance 3 max. par an	40 € / séance 4 max. par an	40 € / séance 5 max. par an
Cures thermales prises en charge par le RO				
Frais d'établissement et d'honoraires	100% BR	150% BR	175% BR	200% BR
Frais de transport et d'hébergement	100 €	150 €	200 €	250 €
Examen de la densitométrie osseuse	80 €	80 €	80 €	80 €
Vaccin anti-grippe non remboursé par le RO	12 €	12 €	12 €	12 €
Actes de prévention remboursés par le RO	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR
GARANTIES +				
Maternité	250 €			
SERVICES				
Assistance	Oui			
Téléconsultation : Contacter un médecin 24h/24, 7j/7	Oui			
Tiers Payant	Oui			
Action sociale (sous condition d'acceptation du dossier par la commission)	Oui			
Protection Juridique Santé	En complément de votre contrat Santé (1,25€/ mois)			
Bilan retraite complet à partir de 55 ans ⁽⁸⁾	Oui			

BR : Base de remboursement - **RO** : Régime Obligatoire - **FR** : Frais Réels - **DPTAM** : les Dispositifs de Pratique Tarifaire Maîtrisée (CAS, OPTAM, OPTAM-CO et tout autre dispositif) ayant pour objet l'encadrement des dépassements d'honoraires des professionnels de santé conventionnés - **Tarif opposable** : Base tarifaire retenue par le régime obligatoire comme base de remboursement.

Panier de soins modéré : Pour le dentaire, actes auxquels des prix limites de vente, par le dentiste, fixés par voie réglementaire, sont applicables. Pas d'obligation d'une prise en charge intégrale. Remboursement sur la base du tarif de la Sécurité sociale et du niveau de prestations prévu au contrat. Possible reste à charge suivant le niveau de couverture.

Panier de soins libre : Pour le dentaire, possibilité de choisir librement les techniques et matériaux les plus sophistiqués sans que le dentiste ne soit obligé de respecter des prix limites de vente. Pas d'obligation d'une prise en charge intégrale. Remboursement sur la base du tarif de la Sécurité sociale et du niveau de prestations prévu au contrat. Possible reste à charge élevé suivant le niveau de couverture.

(1) Hospitalisation : Les longs séjours (unités de soins pour long séjour) et les établissements médico-sociaux (maisons d'accueil spécialisées par exemple) sont exclus.

(2) Prise en charge des psychologues conventionnés au dispositif « MonPsy ». Plus d'informations sur : <https://monpsy.sante.gouv.fr>

(3) Codes actes correspondant à ceux de la Sécurité sociale.

(4) Prise en charge à minima à hauteur de 100% BR pour les lentilles remboursées par le RO.

(5) Au-delà du plafond, les autres actes seront remboursés à hauteur de 100% BR.

(6) Pour des actes réalisés par un praticien disposant d'un numéro ADEL dans la discipline ou un médecin disposant d'une orientation particulière à la discipline.

(7) Pour des actes réalisés par un étioathe enregistré au répertoire national des étioathes.

(8) Suivi et accompagnement sur une durée maximum de 2 ans, hors régimes spéciaux.

Les cotisations sont fonction du régime d'assurance obligatoire, de la composition familiale et de l'âge des bénéficiaires. L'âge est déterminé par différence de millésime. Gratuité à partir du 3ème enfant.

Ces exemples sont à titre informatif et n'ont pas de valeur contractuelle. Les calculs réalisés sont effectués au regard des informations connues à ce jour.

RÉGIME GÉNÉRAL				SP1		SP2		SP3		SP4	
Contrat d'assurance santé responsable ⁽²⁾	Tarif le plus souvent facturé, ou tarif réglementé	Base de remboursement de la Sécurité sociale (BR) ⁽³⁾	Remboursement assurance maladie obligatoire (AMO)	Remboursement assurance maladie complémentaire (AMC)	Reste à charge	Remboursement assurance maladie complémentaire (AMC)	Reste à charge	Remboursement assurance maladie complémentaire (AMC)	Reste à charge	Remboursement assurance maladie complémentaire (AMC)	Reste à charge
HOSPITALISATION											
Forfait journalier hospitalier (hébergement)	20,00 € (15,00 € en service psychiatrique)	0,00 €	0,00 €	20,00 € (15,00 € en service psychiatrique)	0,00 €	20,00 € (15,00 € en service psychiatrique)	0,00 €	20,00 € (15,00 € en service psychiatrique)	0,00 €	20,00 € (15,00 € en service psychiatrique)	0,00 €
Chambre particulière (sur demande du patient)	Non connu	Non remboursée	Non remboursée	35,00 €	Selon frais engagés	60,00 €	Selon frais engagés	80,00 €	Selon frais engagés	100,00 €	Selon frais engagés
<i>Séjours avec actes lourds - L'hôpital public inclut la rémunération des praticiens dans les frais de séjour, alors que leurs honoraires sont facturés séparément dans le secteur privé</i>											
<i>Exemple d'une opération chirurgicale de la cataracte, en secteur privé</i>											
Frais de séjour											
Différent selon public/privé											
Frais de séjour en secteur privé	794,04 €	794,04 €	770,04 €	24,00 €	0,00 €	24,00 €	0,00 €	24,00 €	0,00 €	24,00 €	0,00 €
Honoraires médecins adhérents OPTAM ou OPTAM-CO											
Dépassements maîtrisés											
Opération en secteur privé : honoraires chirurgien	413,00 €	271,70 €	271,70 €	135,85 €	5,45 €	141,30 €	0,00 €	141,30 €	0,00 €	141,30 €	0,00 €
Honoraires médecins secteur 2 (non adhérents OPTAM ou OPTAM-CO)											
Honoraires libres											
Opération en secteur privé : honoraires chirurgien	451,00 €	271,70 €	271,70 €	81,51 €	97,79 €	135,85 €	43,45 €	179,30 €	0,00 €	179,30 €	0,00 €
<i>Séjours sans actes lourds - L'hôpital public inclut la rémunération des praticiens dans les frais de séjour, alors que leurs honoraires sont facturés séparément dans le secteur privé</i>											
<i>Exemple d'un suivi d'une pneumonie ou pleurésie pour un patient de plus de 17 ans, en hôpital public</i>											
Frais de séjour											
Différent selon public/privé											
Frais de séjour en secteur public	3 333,75 €	3 333,75 €	2 667,00 €	666,75 €	0,00 €	666,75 €	0,00 €	666,75 €	0,00 €	666,75 €	0,00 €
SOINS COURANTS											
Honoraires médecins secteur 1 (généralistes ou spécialistes)											
Tarif de convention											
Consultation médecin traitant généraliste pour un patient de plus de 18 ans	25,00 €	25,00 €	16,50 €	7,50 €	1,00 €	7,50 €	1,00 €	7,50 €	1,00 €	7,50 €	1,00 €
Consultation pédiatre pour un enfant de 6 ans	32,00 €	32,00 €	22,40 €	9,60 €	0,00 €	9,60 €	0,00 €	9,60 €	0,00 €	9,60 €	0,00 €
Consultation médecin spécialiste pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie, ophtalmologie, dermatologie...)	30,00 €	30,00 €	20,00 €	9,00 €	1,00 €	9,00 €	1,00 €	9,00 €	1,00 €	9,00 €	1,00 €
Honoraires médecins adhérents OPTAM ou OPTAM-CO											
Dépassements maîtrisés											
Consultation pédiatre pour enfant de moins de 6 ans	32,00 €	32,00 €	22,40 €	9,60 €	0,00 €	9,60 €	0,00 €	9,60 €	0,00 €	9,60 €	0,00 €
Consultation médecin spécialiste pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie, ophtalmologie, dermatologie...)	44,00 €	30,00 €	20,00 €	23,00 €	1,00 €	23,00 €	1,00 €	23,00 €	1,00 €	23,00 €	1,00 €
Honoraires médecins secteur 2 (non adhérents OPTAM ou OPTAM-CO)											
Honoraires libres											
Consultation pédiatre pour un enfant de 2 à 16 ans	55,00 €	23,00 €	16,10 €	6,90 €	32,00 €	13,80 €	25,10 €	25,30 €	13,60 €	29,90 €	9,00 €
Consultation médecin spécialiste pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie, ophtalmologie, dermatologie...)	58,00 €	23,00 €	15,10 €	6,90 €	36,00 €	13,80 €	29,10 €	25,30 €	17,60 €	29,90 €	13,00 €
Matériel médical											
Prix moyen national											
Achat d'une paire de béquilles	25,63 €	24,40 €	14,64 €	9,76 €	1,23 €	9,76 €	1,23 €	9,76 €	1,23 €	9,76 €	1,23 €

RÉGIME GÉNÉRAL				SP1		SP2		SP3		SP4	
Contrat d'assurance santé responsable ⁽²⁾	Tarif le plus souvent facturé, ou tarif réglementé	Base de remboursement de la Sécurité sociale (BR) ⁽³⁾	Remboursement assurance maladie obligatoire (AMO)	Remboursement assurance maladie complémentaire (AMC)	Reste à charge	Remboursement assurance maladie complémentaire (AMC)	Reste à charge	Remboursement assurance maladie complémentaire (AMC)	Reste à charge	Remboursement assurance maladie complémentaire (AMC)	Reste à charge
DENTAIRE											
Soins et prothèses 100% santé (dans la limite des prix limites de vente)	Prix moyen national										
Pose d'une couronne céramo-métallique sur incisives, canines et premières prémolaires	500,00 €	120,00 €	84,00 €	416,00 €	0,00 €	416,00 €	0,00 €	416,00 €	0,00 €	416,00 €	0,00 €
Soins (hors 100% santé)	Tarif de convention										
Détartrage	43,38 €	43,38 €	30,36 €	13,02 €	0,00 €	13,02 €	0,00 €	13,02 €	0,00 €	13,02 €	0,00 €
Prothèses (hors 100% santé)	Prix moyen national										
Couronne céramo-métallique sur molaires	547,90 €	120,00 €	84,00 €	156,00 €	307,90 €	216,00 €	247,90 €	246,00 €	217,90 €	276,00 €	187,90 €
Orthodontie (moins de 16 ans)	Prix moyen national										
Traitement par semestre (6 max)	720,00 €	193,50 €	193,50 €	193,50 €	333,00 €	290,25 €	236,25 €	338,63 €	187,88 €	387,00 €	139,50 €
OPTIQUE											
Équipement 100% santé - Classe A (dans la limite des prix limites de vente)	Prix moyen national										
Verres simples et monture	41,00 €/verre Monture : 30,00 €	12,75 €/verre Monture : 9,00 €	20,70 €	91,30 €	0,00 €	91,30 €	0,00 €	91,30 €	0,00 €	91,30 €	0,00 €
Verres progressifs et monture	90,00 €/verre Monture : 30,00 €	27,00 €/verre Monture : 9,00 €	37,80 €	172,20 €	0,00 €	172,20 €	0,00 €	172,20 €	0,00 €	172,20 €	0,00 €
Équipement hors 100% santé - Classe B	Prix moyen national										
Verres simples et monture	100,00 €/verre Monture : 139,00 €	0,05 €/verre Monture : 0,05 €	0,09 €	175,00 €	163,91 €	225,00 €	113,91 €	299,91 €	39,00 €	299,91 €	39,00 €
Verres progressifs et monture	231,00 €/verre Monture : 139,00 €	0,05 €/verre Monture : 0,05 €	0,09 €	200,00 €	400,91 €	275,00 €	325,91 €	400,00 €	200,91 €	500,00 €	100,91 €
Lentilles (non remboursées par le RO)	Prix moyen national										
Forfait annuel	Non connu	Non remboursé	0,00 €	100,00 €	Selon frais engagés	150,00 €	Selon frais engagés	200,00 €	Selon frais engagés	250,00 €	Selon frais engagés
Chirurgie réfractive	Prix moyen national										
Opération corrective de la myopie	Non connu	Non remboursée	0,00 €	150,00 €	Selon frais engagés	300,00 €	Selon frais engagés	400,00 €	Selon frais engagés	500,00 €	Selon frais engagés
AIDES AUDITIVES											
Équipement 100% santé (dans la limite des prix limites de vente)	Prix moyen national										
Par oreille pour un patient de plus de 20 ans	950,00 €	400,00 €	240,00 €	710,00 €	0,00 €	710,00 €	0,00 €	710,00 €	0,00 €	710,00 €	0,00 €
Équipement hors 100% santé	Prix moyen national										
Par oreille pour un patient de plus de 20 ans	1 534,00 €	400,00 €	240,00 €	360,00 €	934,00 €	460,00 €	834,00 €	660,00 €	634,00 €	760,00 €	534,00 €

RO : Régime Obligatoire

(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 prises 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 pourcentage de la BR, à un taux différent selon les actes, produits de santé, dispositifs médicaux, le complément étant apporté par l'assurance maladie complémentaire.

Le 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 contactuels qui seuls engagent l'organisme 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 maladie complémentaire santé édicté par l'UNOCAM (<https://unocam.fr/ressources/documents-a-telecharger/>).

Ces exemples sont à titre informatif et n'ont pas de valeur contractuelle. Les calculs réalisés sont effectués au regard des informations connues à ce jour.

RÉGIME ALSACE-MOSELLE				SP1		SP2		SP3		SP4	
Contrat d'assurance santé responsable ⁽²⁾	Tarif le plus souvent facturé, ou tarif réglementé	Base de remboursement de la Sécurité sociale (BR) ⁽³⁾	Remboursement assurance maladie obligatoire (AMO)	Remboursement assurance maladie complémentaire (AMC)	Reste à charge	Remboursement assurance maladie complémentaire (AMC)	Reste à charge	Remboursement assurance maladie complémentaire (AMC)	Reste à charge	Remboursement assurance maladie complémentaire (AMC)	Reste à charge
HOSPITALISATION											
Forfait journalier hospitalier (hébergement)	20,00 € (15,00 € en service psychiatrique)	0,00 €	20,00 € (15,00 € en service psychiatrique)	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Chambre particulière (sur demande du patient)	Non connu	Non remboursée	Non remboursée	35,00 €	Selon frais engagés	60,00 €	Selon frais engagés	80,00 €	Selon frais engagés	100,00 €	Selon frais engagés
<i>Séjours avec actes lourds - L'hôpital public inclut la rémunération des praticiens dans les frais de séjour, alors que leurs honoraires sont facturés séparément dans le secteur privé</i>											
<i>Exemple d'une opération chirurgicale de la cataracte, en secteur privé</i>											
Frais de séjour	Différent selon public/privé										
Frais de séjour en secteur privé	794,04 €	794,04 €	794,04 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Honoraires médecins adhérents OPTAM ou OPTAM-CO	Dépassements maîtrisés										
Opération en secteur privé : honoraires chirurgien	413,00 €	271,70 €	271,70 €	135,85 €	5,45 €	141,30 €	0,00 €	141,30 €	0,00 €	141,30 €	0,00 €
Honoraires médecins secteur 2 (non adhérents OPTAM ou OPTAM-CO)	Honoraires libres										
Opération en secteur privé : honoraires chirurgien	451,00 €	271,70 €	271,70 €	81,51 €	97,79 €	135,85 €	43,45 €	179,30 €	0,00 €	179,30 €	0,00 €
<i>Séjours sans actes lourds - L'hôpital public inclut la rémunération des praticiens dans les frais de séjour, alors que leurs honoraires sont facturés séparément dans le secteur privé</i>											
<i>Exemple d'un suivi d'une pneumonie ou pleurésie pour un patient de plus de 17 ans, en hôpital public</i>											
Frais de séjour	Différent selon public/privé										
Frais de séjour en secteur public	3 333,75 €	3 333,75 €	3 333,75 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
SOINS COURANTS											
Honoraires médecins secteur 1 (généralistes ou spécialistes)	Tarif de convention										
Consultation médecin traitant généraliste pour un patient de plus de 18 ans	25,00 €	25,00 €	21,50 €	2,50 €	1,00 €	2,50 €	1,00 €	2,50 €	1,00 €	2,50 €	1,00 €
Consultation pédiatre pour un enfant de 6 ans	32,00 €	32,00 €	28,80 €	3,20 €	0,00 €	3,20 €	0,00 €	3,20 €	0,00 €	3,20 €	0,00 €
Consultation médecin spécialiste pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie, ophtalmologie, dermatologie...)	30,00 €	30,00 €	26,00 €	3,00 €	1,00 €	3,00 €	1,00 €	3,00 €	1,00 €	3,00 €	1,00 €
Honoraires médecins adhérents OPTAM ou OPTAM-CO	Dépassements maîtrisés										
Consultation pédiatre pour enfant de moins de 6 ans	32,00 €	32,00 €	28,80 €	3,20 €	0,00 €	3,20 €	0,00 €	3,20 €	0,00 €	3,20 €	0,00 €
Consultation médecin spécialiste pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie, ophtalmologie, dermatologie...)	44,00 €	30,00 €	26,00 €	17,00 €	1,00 €	17,00 €	1,00 €	17,00 €	1,00 €	17,00 €	1,00 €
Honoraires médecins secteur 2 (non adhérents OPTAM ou OPTAM-CO)	Honoraires libres										
Consultation pédiatre pour un enfant de 2 à 16 ans	55,00 €	23,00 €	20,70 €	2,30 €	32,00 €	9,20 €	25,10 €	20,70 €	13,60 €	25,30 €	9,00 €
Consultation médecin spécialiste pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie, ophtalmologie, dermatologie...)	58,00 €	23,00 €	19,70 €	2,30 €	36,00 €	9,20 €	29,10 €	20,70 €	17,60 €	25,30 €	13,00 €
Matériel médical	Prix moyen national										
Achat d'une paire de béquilles	25,63 €	24,40 €	21,96 €	2,44 €	1,23 €	2,44 €	1,23 €	2,44 €	1,23 €	2,44 €	1,23 €

RÉGIME ALSACE-MOSELLE				SP1		SP2		SP3		SP4	
Contrat d'assurance santé responsable ⁽²⁾	Tarif le plus souvent facturé, ou tarif réglementé	Base de remboursement de la Sécurité sociale (BR) ⁽³⁾	Remboursement assurance maladie obligatoire (AMO)	Remboursement assurance maladie complémentaire (AMC)	Reste à charge	Remboursement assurance maladie complémentaire (AMC)	Reste à charge	Remboursement assurance maladie complémentaire (AMC)	Reste à charge	Remboursement assurance maladie complémentaire (AMC)	Reste à charge
DENTAIRE											
Soins et prothèses 100% santé (dans la limite des prix limites de vente)	Prix moyen national										
Pose d'une couronne céramo-métallique sur incisives, canines et premières prémolaires	500,00 €	120,00 €	108,00 €	392,00 €	0,00 €	392,00 €	0,00 €	392,00 €	0,00 €	392,00 €	0,00 €
Soins (hors 100% santé)	Tarif de convention										
Détartrage	43,38 €	43,38 €	39,04 €	4,34 €	0,00 €	4,34 €	0,00 €	4,34 €	0,00 €	4,34 €	0,00 €
Prothèses (hors 100% santé)	Prix moyen national										
Couronne céramo-métallique sur molaires	547,90 €	120,00 €	108,00 €	132,00 €	307,90 €	192,00 €	247,90 €	222,00 €	217,90 €	252,00 €	187,90 €
Orthodontie (moins de 16 ans)	Prix moyen national										
Traitement par semestre (6 max)	720,00 €	193,50 €	193,50 €	193,50 €	333,00 €	290,25 €	236,25 €	338,63 €	187,88 €	387,00 €	139,50 €
OPTIQUE											
Équipement 100% santé - Classe A (dans la limite des prix limites de vente)	Prix moyen national										
Verres simples et monture	41,00 €/verre Monture : 30,00 €	12,75 €/verre Monture : 9,00 €	31,05 €	80,95 €	0,00 €	80,95 €	0,00 €	80,95 €	0,00 €	80,95 €	0,00 €
Verres progressifs et monture	90,00 €/verre Monture : 30,00 €	27,00 €/verre Monture : 9,00 €	56,70 €	153,30 €	0,00 €	153,30 €	0,00 €	153,30 €	0,00 €	153,30 €	0,00 €
Équipement hors 100% santé - Classe B	Prix moyen national										
Verres simples et monture	100,00 €/verre Monture : 139,00 €	0,05 €/verre Monture : 0,05 €	0,14 €	175,00 €	163,87 €	225,00 €	113,87 €	299,87 €	39,00 €	299,87 €	39,00 €
Verres progressifs et monture	231,00 €/verre Monture : 139,00 €	0,05 €/verre Monture : 0,05 €	0,14 €	200,00 €	400,87 €	275,00 €	325,87 €	400,00 €	200,87 €	500,00 €	100,87 €
Lentilles (non remboursées par le RO)	Prix moyen national										
Forfait annuel	Non connu	Non remboursé	0,00 €	100,00 €	Selon frais engagés	150,00 €	Selon frais engagés	200,00 €	Selon frais engagés	250,00 €	Selon frais engagés
Chirurgie réfractive	Prix moyen national										
Opération corrective de la myopie	Non connu	Non remboursée	0,00 €	150,00 €	Selon frais engagés	300,00 €	Selon frais engagés	400,00 €	Selon frais engagés	500,00 €	Selon frais engagés
AIDES AUDITIVES											
Équipement 100% santé (dans la limite des prix limites de vente)	Prix moyen national										
Par oreille pour un patient de plus de 20 ans	950,00 €	400,00 €	360,00 €	590,00 €	0,00 €	590,00 €	0,00 €	590,00 €	0,00 €	590,00 €	0,00 €
Équipement hors 100% santé	Prix moyen national										
Par oreille pour un patient de plus de 20 ans	1 534,00 €	400,00 €	360,00 €	240,00 €	934,00 €	340,00 €	834,00 €	540,00 €	634,00 €	640,00 €	534,00 €

RO : Régime Obligatoire
(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 prises 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 pourcentage de la BR, à un taux différent selon les actes, produits de santé, dispositifs médicaux, le complément étant apporté par l'assurance maladie complémentaire.
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 contactuels qui seuls engagent l'organisme 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 maladie complémentaire santé édité par l'UNOCAM (<https://unocam.fr/ressources/documents-a-telecharger/>).