

# Offre Retraités

## Le Groupe VYV et MGEN SOLUTIONS

vous proposent une mutuelle dédiée aux retraités adhérents

Numéro de contacts privilégiés pour nos adhérents INOVA CFE-CGC est :  
[mgenadherentcollectif@mgenolutions.fr](mailto:mgenadherentcollectif@mgenolutions.fr)  
 ou au 09 72 72 36 12

## Pour qui ?

### L'ADHÉRENT CFE CGC : RETRAITÉ

- **Votre conjoint, concubin ou partenaire lié à l'adhérent par un PACS,**
- **Vos enfants et ceux de votre conjoint :**
  - ▶ à charge au sens de la Sécurité sociale,
  - ▶ jusqu'à l'âge de **21ans** sans activité rémunérée et inscrit au Pôle Emploi,
  - ▶ jusqu'à l'âge de **27ans** poursuivant des études secondaires ou supérieures, en apprentissage, en alternance, demandeurs d'emploi,
  - ▶ sans limitation de durée, l'enfant atteint avant son **28<sup>ème</sup>** anniversaire, d'une invalidité de 2<sup>ème</sup> et 3<sup>ème</sup> catégorie de la Sécurité sociale.
- **Vos ascendants à charge au sens de la Sécurité sociale ou ceux de votre conjoint.**

## Comment souscrire ?

Il suffit de retourner à votre organisation syndicale un bulletin de souscription complété et d'y joindre les pièces justificatives demandées (copie de l'attestation de Sécurité sociale délivrée avec la carte vitale, RIB, mandat SEPA, justificatif enfant à charge...).

Votre organisation syndicale se chargera de transmettre votre dossier complété et tamponné à  
**MGEN SOLUTIONS TSA 11644 - 75901 Paris Cedex 15**

L'adhésion sera valable pour une année civile (renouvellement chaque 1<sup>er</sup> janvier).

Un changement de formule de garantie est possible au 1<sup>er</sup> janvier de chaque année en respectant un délai de prévenance de 2 mois, avec obligation d'avoir cotisé pendant un an pour un changement de formule à la baisse (sauf en cas de changement de situation familiale, cette modification prendra effet le mois suivant de la demande).

Toute demande de résiliation devra intervenir par lettre recommandée avec accusé de réception envoyée à MGEN SOLUTIONS au plus tard le 31 octobre.

### Les services MGEN

**MesDocteurs** : la plateforme de téléconsultation ouverte 24h/7j,

**Les réseaux de soins** étendus sur l'ensemble du territoire Français,

**L'assistance** qui vous épaula à chaque moment de votre vie

**Vivoptim** : un programme qui permet de prendre soin de votre santé

**VYV-Avantages** : des avantages exclusifs votre santé sur des offres culturelles, de loisirs, de sport et de vacances près de chez vous mais aussi partout en France.

### Un accès aux offres additionnelles MGEN :

**Donner vie à tous vos projets immobiliers,** avec l'Assurance Emprunteur MGEN Solutions,

**Bien sécuriser ses projets d'avenir,** avec plusieurs solutions d'Épargne, accessibles à tous,

**Avec nos solutions Néobsia Assurance Obsèques et Assurance Décès,** prenez soin de vos proches en leur épargnant de lourdes formalités et en les plaçant à l'abri du besoin,

**Avec notre Assurance Voyage,** les globetrotteurs partent l'esprit léger !

### Service d'Aide à Domicile Action Sociale

Une aide financière pour l'assistance d'une aide ménagère ou d'un technicien d'intervention sociale et familiale en cas d'hospitalisation ou de perte d'autonomie pour les adhérents, leur conjoint et leurs enfants.

## Tableau de prestations 2024

	IVOIRE Niveau 1	IVOIRE Niveau 2	IVOIRE Niveau 3
Ces prestations comprennent le remboursement de la Sécurité sociale			
<b>SOINS COURANTS</b>			
<b>HONORAIRES MEDICAUX</b>			
Consultations, visites médecins Généralistes*			
- Adhérent à l'OPTAM / OPTAM-CO	100% BR	120% BR	175% BR
- Non Adhérent à l'OPTAM / OPTAM-CO	100% BR	100% BR	155% BR
Consultations, visites médecins Spécialistes *			
- Adhérent à l'OPTAM / OPTAM-CO	100% BR	120% BR	175% BR
- Non Adhérent à l'OPTAM / OPTAM-CO	100% BR	100% BR	155% BR
Actes Techniques médicaux (hors radiologie) *			
- Adhérent à l'OPTAM / OPTAM-CO	100% BR	120% BR	175% BR
- Non Adhérent à l'OPTAM / OPTAM-CO	100% BR	100% BR	155% BR
Imagerie médicale et actes cliniques d'imagerie *			
- Adhérent à l'OPTAM / OPTAM-CO	100% BR	120% BR	175% BR
- Non Adhérent à l'OPTAM / OPTAM-CO	100% BR	100% BR	155% BR
Prise en charge de l'intégralité de la participation forfaitaire "actes lourds" (visée par l'article R160-16 du Code de la Sécurité sociale)			
	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Honoraires sages-femmes			
	100% BR	100% BR	155% BR
<b>HONORAIRES PARAMEDICAUX</b>			
Auxiliaires Médicaux			
	100% BR	120% BR	175% BR
<b>ANALYSES ET EXAMENS DE LABORATOIRE</b>			
Frais d'analyses et de laboratoire pris en charge par la Sécurité sociale			
	100% BR	120% BR	175% BR
<b>MEDECINES DOUCES</b>			
Acupuncture (non pris en charge par la Sécurité sociale), Consultation Homéopathie (non pris en charge par la Sécurité sociale), Ostéopathie, Chiropractie (forfait par séance et par année civile, maximum 5 séances)			
	15 € / séance	20 € / séance	27 € / séance
<b>PSYCHOTHERAPIE</b>			
Séances de psychothérapie (Selon les conditions et tarifs définis par les pouvoirs publics, dans la limite d'un bilan et 7 séances par année civile)			
	100% BR	100% BR	100% BR
<b>MEDICAMENTS</b>			
Remboursés à 65% - dont traitements nicotiques de substitution			
	100% BR	100% BR	100% BR
Remboursés à 30%			
	100% BR	100% BR	100% BR
Remboursés à 15%			
	100% BR	100% BR	100% BR
Honoraires de pharmacie remboursés par la Sécurité sociale			
	100% BR	100% BR	100% BR
<b>PREVENTION</b>			
Densitométrie osseuse prise en charge par la Sécurité sociale OPTAM / OPTAM-CO*			
	300% BR	300% BR	300% BR
Densitométrie osseuse prise en charge par la Sécurité sociale Non OPTAM / OPTAM-CO*			
	200% BR	200% BR	200% BR
Consultations - Actes de prévention pris en charge par la Sécurité sociale			
	100% BR	100% BR	100% BR
Autres vaccins prescrits non pris en charge par la Sécurité sociale (forfait par année civile)			
	20 €	20 €	20 €
Consultation Diététicien (forfait par année civile)			
	50 €	50 €	50 €
<b>MATERIEL MEDICAL</b>			
Orthopédie, accessoires, petit et grand appareillage, prothèses médicales (forfait par année civile)			
	100% BR + 100 €	100% BR + 200 €	100% BR + 350 €
<b>HOSPITALISATION</b>			
<b>FORFAIT JOURNALIER HOSPITALIER</b>			
Forfait journalier (sans limitation de durée)			
	100% FR	100% FR	100% FR
Participation forfaitaire visée par l'article R.160-16 du code de la Sécurité sociale			
	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Forfait Patient Urgences (FPU)			
	Frais réels	Frais réels	Frais réels
<b>HONORAIRES</b>			
Honoraires Médicaux et Chirurgicaux conventionnés *			
- Adhérent à l'OPTAM / OPTAM-CO	100% BR	150% BR	250% BR
- Non Adhérent à l'OPTAM / OPTAM-CO	100% BR	130% BR	200% BR
Honoraires Médicaux et Chirurgicaux non conventionnés *			
- Adhérent à l'OPTAM / OPTAM-CO	100% BR	150% BR	250% BR
- Non Adhérent à l'OPTAM / OPTAM-CO	100% BR	130% BR	200% BR
<b>HEBERGEMENT ET FRAIS DE SEJOUR</b>			
Frais de séjour établissement conventionné Sécurité sociale			
	100% BR	120% BR	175% BR
Frais de séjour établissement non conventionné Sécurité sociale			
	100% BR	120% BR	175% BR
Chambre particulière (forfait par nuitée, limité à 30 jours par année civile en médecine générale et en psychiatrie, à 90 jours en chirurgie et à 8 jours en maternité)			
	Néant	30 €	60 €
Chambre ambulatoire (sans nuitée)			
	Néant	30 €	60 €
Lit d'accompagnant (forfait par nuit, limité à 30 nuitées par année civile) (enfant de moins de 16 ans et/ou adulte de plus de 70 ans à charge Sécurité sociale)			
	Néant	15 €	25 €
<b>TRANSPORT</b>			
Transport pris en charge par la Sécurité sociale			
	100% BR	120% BR	175% BR
<b>MATERNITE</b>			
Participation aux frais de maternité (conditionné à l'adhésion de l'enfant le mois qui suit l'évènement au plus tard ; demande à formuler dans les 3 mois suivant l'évènement) forfait par enfant			
	100 €	150 €	200 €
<b>CURE THERMALE</b>			
Cure Thermale (surveillance médicale, frais de traitement, transport, forfait hébergement accepté par la Sécurité sociale maximum 21 jours)			
	100% BR	100% BR	100% BR

## Tableau de prestations 2024

	IVOIRE Niveau 1	IVOIRE Niveau 2	IVOIRE Niveau 3
Ces prestations comprennent le remboursement de la Sécurité sociale			
<b>OPTIQUE</b>			
<b>EQUIPEMENTS (MONTURE ET VERRE) ENTRANT DANS LE PANIER 100% SANTE, REMBOURSES TOTALEMENT*</b>			
Monture Verre simple unifocal faible correction Verre simple unifocal moyenne/forte correction et multifocal ou progressif faible/moyenne correction Verre progressif multifocal ou progressif forte correction Prestation d'appariage et supplément pour verres teintés	<b>Remboursement total de la dépense engagée</b> Pour un équipement et un tarif définis par les pouvoirs publics depuis le 01/01/2020		
*Tel que défini réglementairement			
<b>EQUIPEMENTS (MONTURE ET VERRE) HORS DU PANIER 100% SANTE</b>			
Monture	50 €	100 €	100 €
Forfait par verre simple (unifocal) faible correction	50 €	57 €	102 €
Forfait par verre simple (unifocal) moyenne / forte correction	80 €	87 €	105 €
Forfait par verre progressif (multifocal) faible / moyenne / forte correction	100 €	107 €	190 €
* Tel que défini réglementairement Un équipement complet (1 monture + 2 verres) tous les 6 mois par bénéficiaire de moins de 6 ans à partir de la date de facturation selon réglementation en vigueur. Un équipement complet (1 monture + 2 verres) tous les ans par bénéficiaire de 6 ans à moins de 16 ans à partir de la date de facturation. Un équipement complet (1 monture + 2 verres) tous les 2 ans par bénéficiaire de 16 ans et plus à partir de la date de facturation et par dérogation, tous les ans en cas d'évolution de la vue. Il est prévu d'autres cas dérogatoires aux périodes mentionnées ci-dessus pour l'achat de verres uniquement lorsque l'évolution de la vue est liée à des situations médicales particulières.			
<b>AUTRES SOINS OPTIQUES</b>			
Lentilles prises en charge par la Sécurité sociale (par année civile) (versement du ticket modérateur au-delà du plafond annuel)	100 €	100 €	175 €
Lentilles non prises en charge par la Sécurité sociale (par année civile)	50 €	100 €	175 €
Chirurgie réfractive de l'œil non prise en charge par la Sécurité sociale (par œil et par année civile)	100 €	200 €	350 €
Autres prestations optiques (prestations d'adaptation, matériel pour amblyopie, autres suppléments optiques remboursés par la Sécurité sociale)	100% BR	100% BR	100% BR
<b>DENTAIRE</b>			
<b>SOINS ET PROTHESES ENTRANT DANS LE PANIER 100% SANTE, REMBOURSES TOTALEMENT*</b>			
Inlay core et couronne définitive (sur dent visible ou non visible) Bridge dento-porté Couronne transitoire dento-portée	<b>Remboursement total de la dépense engagée</b> Pour un traitement et un tarif définis par les pouvoirs publics depuis le 01/01/2020		
Appareil amovible en résine Réparations sur appareil amovible en résine	<b>Remboursement total de la dépense engagée</b> Pour un traitement et un tarif définis par les pouvoirs publics à partir du 01/01/2021		
* Tel que défini réglementairement			
<b>SOINS ET PROTHESES HORS DU PANIER 100% SANTE</b>			
<b>SOINS</b>			
Consultations, soins conservateurs ou chirurgicaux	100% BR	120% BR	175% BR
Inlay / Onlay	150% BR	250% BR	400% BR
<b>PROTHESES</b>			
Inlay Core**	150% BR	250% BR	400% BR
Prothèses dentaires prises en charge par la Sécurité sociale (dont réparations) **	150% BR	250% BR	400% BR
Prothèses dentaires définitives dento-portées non prises en charge par la Sécurité sociale (hors provisoires)**	180 €	300 €	480 €
<b>ORTHODONTIE</b>			
Orthodontie prise en charge par la Sécurité sociale	150% BR	200% BR	350% BR
Orthodontie non prise en charge par la Sécurité sociale	50% BR reconstituée	100% BR reconstituée	250% BR reconstituée
<b>IMPLANTOLOGIE</b>			
Remboursée par la Sécurité sociale (Grefte d'os, inlay implantaire, guide chirurgical...) Prise en charge du ticket modérateur après épaulement du forfait	100% BR	150€ (par an/ bénéficiaire) En cas de prise en charge par la sécurité sociale, la prestation est ainsi exprimée : Remboursement 100% BR + 150€ (par an/ bénéficiaire)	300€ (par an/ bénéficiaire) En cas de prise en charge par la sécurité sociale, la prestation est ainsi exprimée : Remboursement 100% BR + 300€ (par an/ bénéficiaire)
Implantologie non prise en charge par la Sécurité sociale (par année civile)	Néant		
<b>AIDES AUDITIVES</b>			
<b>AIDES AUDITIVES ENTRANT DANS LE PANIER 100% SANTE, REMBOURSEES TOTALEMENT</b>			
Bénéficiaire de moins de 20 ans ou bénéficiaire atteint de cécité Bénéficiaire de 20 ans et plus	<b>Remboursement total de la dépense engagée</b> Pour des aides et un tarif définis par les pouvoirs publics à partir du 01/01/2021		
<b>AIDES AUDITIVES HORS DU PANIER 100% SANTE</b>			
Bénéficiaire de moins de 20 ans ou bénéficiaire atteint de cécité (1 aide auditive par oreille tous les 4 ans à compter de la date de facturation)	100% BR + 100 €	100% BR + 200 €	100% BR + 300 €
Bénéficiaire de 20 ans et plus (1 aide auditive par oreille tous les 4 ans à compter de la date de facturation)	100% BR + 100 €	100% BR + 200 €	100% BR + 350 €
Entretien + accessoires (piles, écouteurs, microphones et embouts) par oreille	100% BR + 100 €	100% BR + 200 €	100% BR + 350 €
<b>SERVICES</b>			
Assistance	Inclus	Inclus	Inclus

BR : Base de remboursement Sécurité sociale - FR : Frais Réels - PMSS : Plafond mensuel de la Sécurité sociale,

\* OPTAM/OPTAM-CO :

Option Pratique Tarifaire Maîtrisée (dispositif par lequel les médecins s'engagent à pratiquer des dépassements d'honoraires modérés).

Les dépassements d'honoraires des médecins sont couverts différemment si le praticien est adhérent ou non à l'OPTAM/OPTAM-CO

- pour les médecins adhérents : il n'y a pas de plafond applicable mais la prise en charge des dépassements d'honoraires devra au moins être supérieure de 20% à celle des médecins non adhérents

- pour les médecins non adhérents : la prise en charge des dépassements d'honoraires ne pourra excéder 100% du tarif de responsabilité

\*\* Plafond dentaire limité à 2000 € appliqué uniquement sur le dépassement pour les actes prothétiques (remboursements minimum à 125% BR pour les actes remboursés par la Sécurité sociale)

## Les taux de cotisations 2024

	Niveau 1		Niveau 2		Niveau 3	
	Taux de cotisations	Tarifs en euros	Taux de cotisations	Tarifs en euros	Taux de cotisations	Tarifs en euros
<b>Régime Général</b>	Isolé	1,30% PMSS 50,23 €	2,04% PMSS 78,83 €	3,20% PMSS 123,65 €		
	Duo	2,42% PMSS 93,51 €	3,76% PMSS 145,29 €	5,93% PMSS 229,14 €		
	Famille	2,88% PMSS 111,28 €	4,47% PMSS 172,72 €	7,06% PMSS 272,80 €		
<b>Régime Local</b>	Isolé	0,85% PMSS 32,84 €	1,31% PMSS 50,62 €	2,08% PMSS 80,37 €		
	Duo	1,58% PMSS 61,05 €	2,43% PMSS 93,90 €	3,85% PMSS 148,76 €		
	Famille	1,87% PMSS 72,26 €	2,89% PMSS 111,67 €	4,59% PMSS 177,36 €		

Les cotisations sont calculées sur la base du PMSS 2024 : 3864 € (Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale) en vigueur.

### Dispositifs conventionnels mutualistes

Le réseau de professionnels conventionnés, présent sur l'ensemble du territoire et dans les DROM, vous donnent accès à des services de qualité et à des tarifs négociés en optique et en audioprothèse.

### Une assistance performante

L'assistant intervient en cas d'accident corporel, maladie non chronique entraînant une hospitalisation ou une immobilisation imprévue au domicile ou en cas de décès d'un adhérent ou d'un bénéficiaire.

### Espace Extranet Adhérents

Les bénéficiaires disposent d'un espace adhérent sécurisé permettant de consulter les remboursements, éditer leur carte tiers-payant, géolocaliser des professionnels de santé et réaliser toutes les démarches (demandes de remboursements, prises en charges, adhésion, radiation...).

Cet espace est disponible en version mobile.



**seniorAdom**  
UNE SOLUTION DU GROUPE vyv

### Nouveau Service optionnel : 3 dispositifs de Télassistance

Renseignement au 09 80 80 30 04 ou sur [www.senioradom.com](http://www.senioradom.com).

SeniorAdom vous propose des services de télassistance disponibles de jour comme de nuit pour accompagner les personnes âgées et rassurer leurs proches. Ses écoutants, formés pour répondre avec bienveillance à toutes les situations, apportent soutien, conseil et assistance.

Dans un esprit mutualiste, sont inclus dans les offres SeniorAdom : des appels de convivialité, un accompagnement personnalisé psychologique ou social si nécessaire.

## Régime Général

Régime Général	Base	Option 1	Option 2
Isolé	1,30 % PMSS	2,04 % PMSS	3,20 % PMSS
Duo	2,42 % PMSS	3,76 % PMSS	5,93 % PMSS
Famille	2,88 % PMSS	4,47 % PMSS	7,06 % PMSS

## Régime Local d'Alsace Moselle

Régime Local d'Alsace Moselle	Base	Option 1	Option 2
Isolé	0,85 % PMSS	1,31 % PMSS	2,08 % PMSS
Duo	1,58 % PMSS	2,43 % PMSS	3,85 % PMSS
Famille	1,87 % PMSS	2,89 % PMSS	4,59 % PMSS

Les cotisations sont indexées au PMSS en vigueur. Sa valeur est fixée par décret tous les ans au 1<sup>er</sup> janvier.  
 PMSS : Plafond Mensuel de la Sécurité sociale.

MGEN, immatriculée sous le numéro SIREN 775 685 399, mutuelle soumise aux dispositions du livre II du code de la Mutualité.  
 Sise : 3, square Max Hymans 75748 Paris cedex 15

## Article 6 : Tableau des Prestations

Tableau de prestations 2024	Niveau 1	Niveau 2	Niveau 3
	(Ces prestations comprennent le remboursement de la Sécurité sociale)	(Ces prestations comprennent le remboursement de la Sécurité sociale)	(Ces prestations comprennent le remboursement de la Sécurité sociale)
<b>SOINS COURANTS</b>			
<b>HONORAIRES MEDICAUX</b>			
Consultations, visites médecins Généralistes*			
- Adhérent à l'OPTAM / OPTAM-CO	100% BR	120% BR	175% BR
- Non Adhérent à l'OPTAM / OPTAM-CO	100% BR	100% BR	155% BR
Consultations, visites médecins Spécialistes *			
- Adhérent à l'OPTAM / OPTAM-CO	100% BR	120% BR	175% BR
- Non Adhérent à l'OPTAM / OPTAM-CO	100% BR	100% BR	155% BR
Actes Techniques médicaux (hors radiologie) *			
- Adhérent à l'OPTAM / OPTAM-CO	100% BR	120% BR	175% BR
- Non Adhérent à l'OPTAM / OPTAM-CO	100% BR	100% BR	155% BR
Imagerie médicale et actes cliniques d'imagerie *			
- Adhérent à l'OPTAM / OPTAM-CO	100% BR	120% BR	175% BR
- Non Adhérent à l'OPTAM / OPTAM-CO	100% BR	100% BR	155% BR
Prise en charge de l'intégralité de la participation forfaitaire "actes lourds" (visée par l'article R160-16 du Code de la Sécurité sociale)			
Honoraires sages-femmes	Frais réels	Frais réels	Frais réels
	100% BR	100% BR	155% BR
<b>HONORAIRES PARAMEDICAUX</b>			
Auxiliaires Médicaux	100% BR	120% BR	175% BR
<b>ANALYSES ET EXAMENS DE LABORATOIRE</b>			
Frais d'analyses et de laboratoire pris en charge par la Sécurité sociale	100% BR	120% BR	175% BR
<b>MEDECINES DOUCES</b>			
Acupuncture (non pris en charge par la Sécurité sociale), Consultation Homéopathie (non pris en charge par la Sécurité sociale), Ostéopathie, Chiropractie (forfait par séance et par année civile, maximum 5 séances)	15 € / séance	20 € / séance	27 € / séance
<b>PSYCHOTHERAPIE</b>			
Séances de psychothérapie (Selon les conditions et tarifs définis par les pouvoirs publics, dans la limite d'un bilan et 7 séances par année civile)	100% BR	100% BR	100% BR
<b>MEDICAMENTS</b>			
Remboursés à 65% - dont traitements nicotiniques de substitution	100% BR	100% BR	100% BR
Remboursés à 30%	100% BR	100% BR	100% BR
Remboursés à 15%	100% BR	100% BR	100% BR
Honoraires de pharmacie remboursés par la sécurité sociale	100% BR	100% BR	100% BR
<b>PREVENTION</b>			
Densitométrie osseuse prise en charge par la Sécurité sociale OPTAM / OPTAM-CO*	300% BR	300% BR	300% BR
Densitométrie osseuse prise en charge par la Sécurité sociale Non OPTAM / OPTAM-CO*	200% BR	200% BR	200% BR
Consultations - Actes de prévention pris en charge par la Sécurité sociale	100% BR	100% BR	100% BR
Autres vaccins prescrits non pris en charge par la Sécurité sociale (forfait par année civile)	20 €	20 €	20 €
Consultation Diététicien (forfait par année civile)	50 €	50 €	50 €
<b>MATERIEL MEDICAL</b>			
Orthopédie, accessoires, petit et grand appareillage, prothèses médicales (forfait par année civile)	100% BR + 100 €	100% BR + 200 €	100% BR + 350 €
<b>HOSPITALISATION</b>			
<b>FORFAIT JOURNALIER HOSPITALIER</b>			
Forfait journalier (sans limitation de durée)	100% FR	100% FR	100% FR
Participation forfaitaire visée par l'article R.160-16 du code de la Sécurité sociale	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Forfait Patient Urgences (FPU)	Frais réels	Frais réels	Frais réels
<b>HONORAIRES</b>			
Honoraires Médicaux et Chirurgicaux conventionnés *			
- Adhérent à l'OPTAM / OPTAM-CO	100% BR	150% BR	250% BR
- Non Adhérent à l'OPTAM / OPTAM-CO	100% BR	130% BR	200% BR
Honoraires Médicaux et Chirurgicaux non conventionnés *			
- Adhérent à l'OPTAM / OPTAM-CO	100% BR	150% BR	250% BR
- Non Adhérent à l'OPTAM / OPTAM-CO	100% BR	130% BR	200% BR
<b>HEBERGEMENT ET FRAIS DE SEJOUR</b>			
Frais de séjour établissement conventionné Sécurité sociale	100% BR	120% BR	175% BR
Frais de séjour établissement non conventionné Sécurité sociale	100% BR	120% BR	175% BR
Chambre particulière (forfait par nuitée, limité à 30 jours par année civile en médecine générale et en psychiatrie, à 90 jours en chirurgie et à 8 jours en maternité)	Néant	30 €	60 €
Chambre ambulatoire (sans nuitée)	Néant	30 €	60 €
Lit d'accompagnant (forfait par nuit, limité à 30 nuitées par année civile) (enfant de moins de 16 ans et/ou adulte de plus de 70 ans à charge Sécurité sociale)	Néant	15 €	25 €
<b>TRANSPORT</b>			
Transport pris en charge par la Sécurité sociale	100% BR	120% BR	175% BR
<b>MATERNITE</b>			
Participation aux frais de maternité (conditionné à l'adhésion de l'enfant le mois qui suit l'évènement au plus tard ; demande à formuler dans les 3 mois suivant l'évènement) forfait par enfant	100 €	150 €	200 €
<b>CURE THERMALE</b>			
Cure Thermale (surveillance médicale, frais de traitement, transport, forfait hébergement accepté par la Sécurité sociale maximum 21 jours)	100% BR	100% BR	100% BR

Tableau de prestations 2023	Niveau 1		Niveau 2		Niveau 3	
	(Ces prestations comprennent le remboursement de la Sécurité sociale)		(Ces prestations comprennent le remboursement de la Sécurité sociale)		(Ces prestations comprennent le remboursement de la Sécurité sociale)	
<b>OPTIQUE</b>						
<b>EQUIPEMENTS (MONTURE ET VERRE) ENTRANT DANS LE PANIER 100% SANTE, REMBOURSES TOTALEMENT*</b>						
Monture	<b>Remboursement total de la dépense engagée</b> Pour un équipement et un tarif définis par les pouvoirs publics depuis le 01/01/2020					
Verre simple unifocal faible correction						
Verre simple unifocal moyenne/forte correction et multifocal ou progressif faible/moyenne correction						
Verre progressif multifocal ou progressif forte correction						
Prestation d'appariage et supplément pour verres teintés						
*Tel que défini réglementairement						
<b>EQUIPEMENTS (MONTURE ET VERRE) HORS DU PANIER 100% SANTE</b>						
Monture	50 €		100 €		100 €	
Forfait par verre simple (unifocal) faible correction	50 €		57 €		102 €	
Forfait par verre simple (unifocal) moyenne / forte correction	80 €		87 €		105 €	
Forfait par verre progressif (multifocal) faible / moyenne / forte correction	100 €		107 €		190 €	
* Tel que défini réglementairement Un équipement complet (1 monture + 2 verres) tous les 6 mois par bénéficiaire de moins de 6 ans à partir de la date de facturation selon réglementation en vigueur. Un équipement complet (1 monture + 2 verres) tous les ans par bénéficiaire de 6 ans à moins de 16 ans à partir de la date de facturation. Un équipement complet (1 monture + 2 verres) tous les 2 ans par bénéficiaire de 16 ans et plus à partir de la date de facturation et par dérogation, tous les ans en cas d'évolution de la vue. Il est prévu d'autres cas dérogatoires aux périodes mentionnées ci-dessus pour l'achat de verres uniquement lorsque l'évolution de la vue est liée à des situations médicales particulières.						
<b>AUTRES SOINS OPTIQUES</b>						
Lentilles prises en charge par la Sécurité sociale (par année civile) (versement du ticket modérateur au-delà du plafond annuel)	100 €		100 €		175 €	
Lentilles non prises en charge par la Sécurité sociale (par année civile)	50 €		100 €		175 €	
Chirurgie réfractive de l'œil non prise en charge par la Sécurité sociale (par œil et par année civile)	100 €		200 €		350 €	
Autres prestations optiques (prestations d'adaptation, matériel pour amblyopie, autres suppléments optiques remboursés par la Sécurité sociale)	100% BR		100% BR		100% BR	
<b>DENTAIRE</b>						
<b>SOINS ET PROTHESES ENTRANT DANS LE PANIER 100% SANTE, REMBOURSES TOTALEMENT*</b>						
Inlay core et couronne définitive (sur dent visible ou non visible)	<b>Remboursement total de la dépense engagée</b> Pour un traitement et un tarif définis par les pouvoirs publics depuis le 01/01/2020					
Bridge dento-porté						
Couronne transitoire dento-portée						
Appareil amovible en résine						
Réparations sur appareil amovible en résine	<b>Remboursement total de la dépense engagée</b> Pour un traitement et un tarif définis par les pouvoirs publics à partir du 01/01/2021					
* Tel que défini réglementairement						
<b>SOINS ET PROTHESES HORS DU PANIER 100% SANTE</b>						
<b>SOINS</b>						
Consultations, soins conservateurs ou chirurgicaux	100% BR		120% BR		175% BR	
Inlay / Onlay	150% BR		250% BR		400% BR	
<b>PROTHESES</b>						
Inlay Core**	150% BR		250% BR		400% BR	
Prothèses dentaires prises en charge par la Sécurité sociale (dont réparations)**	150% BR		250% BR		400% BR	
Prothèses dentaires définitives dento-portées non prises en charge par la Sécurité sociale (hors provisoires)**	180 €		300 €		480 €	
<b>ORTHODONTIE</b>						
Orthodontie prise en charge par la Sécurité sociale	150% BR		200% BR		350% BR	
Orthodontie non prise en charge par la Sécurité sociale	50% BR reconstituée		100% BR reconstituée		250% BR reconstituée	
<b>IMPLANTOLOGIE</b>						
Remboursée par la Sécurité sociale (Greffe d'os, inlay implantaire, guide chirurgical...) Prise en charge du ticket modérateur après épuisement du forfait	100% BR		150€ (par an/bénéficiaire) En cas de prise en charge par la sécurité sociale, la prestation est ainsi exprimée : Remboursement 100% BR + 150€ (par an/bénéficiaire)		300€ (par an/bénéficiaire) En cas de prise en charge par la sécurité sociale, la prestation est ainsi exprimée : Remboursement 100% BR + 300€ (par an/bénéficiaire)	
Implantologie non prise en charge par la Sécurité sociale (par année civile)	Néant					
<b>AIDES AUDITIVES</b>						
<b>AIDES AUDITIVES ENTRANT DANS LE PANIER 100% SANTE, REMBOURSEES TOTALEMENT</b>						
Bénéficiaire de moins de 20 ans ou bénéficiaire atteint de cécité	<b>Remboursement total de la dépense engagée</b> Pour des aides et un tarif définis par les pouvoirs publics à partir du 01/01/2021					
Bénéficiaire de 20 ans et plus						
<b>AIDES AUDITIVES HORS DU PANIER 100% SANTE</b>						
Bénéficiaire de moins de 20 ans ou bénéficiaire atteint de cécité (1 aide auditive par oreille tous les 4 ans à compter de la date de facturation)	100% BR + 100 €		100% BR + 200 €		100% BR + 300 €	
Bénéficiaire de 20 ans et plus (1 aide auditive par oreille tous les 4 ans à compter de la date de facturation)	100% BR + 100 €		100% BR + 200 €		100% BR + 350 €	
Entretien + accessoires (piles, écouteurs, microphones et embouts) par oreille	100% BR + 100 €		100% BR + 200 €		100% BR + 350 €	
<b>SERVICES</b>						
Assistance	Inclus		Inclus		Inclus	

BR : Base de remboursement Sécurité sociale

FR : Frais Réels

PMSS : Plafond mensuel de la Sécurité Sociale, valeur au 1er janvier 2024 : 3864 €

\* OPTAM/OPTAM-CO : Option Pratique Tarifaire Maîtrisée (dispositif par lequel les médecins s'engagent à pratiquer des dépassements d'honoraires modérés).

Les dépassements d'honoraires des médecins sont couverts différemment si le praticien est adhérent ou non à l'OPTAM/OPTAM-CO  
- pour les médecins adhérents : il n'y a pas de plafond applicable mais la prise en charge des dépassements d'honoraires devra au moins être supérieure de 20% à celle des médecins non adhérents  
- pour les médecins non adhérents : la prise en charge des dépassements d'honoraires ne pourra excéder 100% du tarif de responsabilité

\*\* Plafond dentaire limité à 2000 € appliqué uniquement sur le dépassement pour les actes prothétiques (remboursements minimums à 125% BR pour les actes remboursés par la Sécurité sociale)

# CONTRAT SANTE INDIVIDUEL FÉDÉRATION INOVA CFE-CGC

VOS GARANTIES  
PERSONALISEES  
Contact Direct :  
Cédric KAPUT  
06.21.33.45.57  
[cedric.kaput@aesio.fr](mailto:cedric.kaput@aesio.fr)





# AÉSIO SANTÉ PARTICULIERS

**Une complémentaire santé qui s'adapte à toutes les situations et tous vos besoins.**

Grâce aux 6 niveaux de remboursements et l'option Eco Pharma, choisissez librement la formule qui vous protège vous et votre famille.

Pour répondre au mieux à vos besoins spécifiques, vous avez la possibilité de choisir des niveaux de garanties différents au sein de votre foyer<sup>(1)</sup>.



## 6 NIVEAUX DE GARANTIES

NIVEAU  
Hospitalisation

### Garantie non responsable

Vous souhaitez être couvert **uniquement en cas d'hospitalisation** ? Ce niveau est fait pour vous !



**Garanties responsables et conformes 100 % santé,** pour vous permettre de vous équiper sans reste à charge<sup>(2)</sup>, sur vos équipements optiques, vos aides auditives et sur vos prothèses dentaires.



## OPTION ECO PHARMA

Cette option vous permet de bénéficier **jusqu'à 10 % de réduction sur votre cotisation en gardant à votre charge une faible partie de vos dépenses de pharmacie** (médicaments à Service Médical Rendu modéré et faible).

Vous conservez une **protection complète sur les principaux postes de santé** (hospitalisation, soins courants, dentaire, optique, aides auditives, prévention bien-être).

## LES PLUS D'AÉSIO SANTÉ PARTICULIERS

BÉNÉFICIEZ DE PRESTATIONS PRÉVENTION - BIEN-ÊTRE <sup>(3)</sup> AVEC LA PRISE EN CHARGE :



Des équipements  
asthme, allergies et  
aides respiratoires :  
**100 € par an**



Des médicaments,  
homéopathie, contraception,  
arrêt des dépendances  
prescrits non remboursés par  
l'Assurance Maladie Obligatoire  
et de l'automédication  
**jusqu'à 80 € par an**



Des vaccins  
prescrits non  
remboursés par  
l'Assurance Maladie  
Obligatoire **jusqu'à  
25 € par an**



Des médecines  
complémentaires :  
**19 spécialités remboursées !**  
Ostéopathe, psychomotricien,  
psychologue, ergothérapeute,  
diététicien, nutritionniste,  
pédicure, podologue ...

(1) Jusqu'à 2 niveaux de garanties par famille au sein de la gamme, tous les enfants doivent être sur le niveau d'un des parents. Hors niveau Hospitalisation et option Eco Pharma qui doivent être souscrits pour l'ensemble des bénéficiaires du contrat. La souscription en ligne ne donne pas accès à des niveaux modulables au sein de la famille. (2) Valable sur les soins et équipements 100 % santé. (3) Prestations dès le niveau 2, voir conditions prévues au contrat.



### AVANTAGES FAMILLES \*

- ▶ **12 MOIS OFFERTS** pour les nouveau-nés, les enfants adoptés et en cas de décès du conjoint.
- ▶ **GRATUITÉ DE LA COTISATION** à partir du 3<sup>e</sup> enfant.

\*Sous réserve du respect des conditions prévues au contrat.

## EXEMPLES DE REMBOURSEMENTS



### DENTAIRE :

Pose d'une couronne céramo-métallique sur les deuxièmes prémolaires

**538,70 €**

AMO <sup>(4)</sup>  
**84 €**

AÉSIO SANTÉ  
PARTICULIERS  
-Niv 2 <sup>(5)</sup>  
**96 €**

Reste à  
charge  
**358,70 €**

AMO  
**84 €**

AÉSIO SANTÉ  
PARTICULIERS  
-Niv 5 <sup>(5)</sup>  
**336 €**

Reste à  
charge  
**118,70 €**



### OPTIQUE :

Achat d'un équipement optique de classe B (monture et verres) verres simples :

**339 €**

AMO  
**0,09 €**

AÉSIO SANTÉ  
PARTICULIERS  
-Niv 3  
**149,91 €**

Reste à  
charge  
**189 €**

AMO  
**0,09 €**

AÉSIO SANTÉ  
PARTICULIERS  
-Niv 5  
**299,91 €**

Reste à  
charge  
**39 €**

(4) AMO : Assurance Maladie Obligatoire. (5) Dans la limite du plafond dentaire prévu par la garantie.

## LES SERVICES INCLUS DANS VOTRE GARANTIE



### MÉDECINDIRECT <sup>(6)</sup> UN MÉDECIN PARTOUT, À TOUT INSTANT

Des médecins inscrits au Conseil National de l'Ordre des Médecins, disponibles 24h/24 et 7j/7 par écrit, téléphone ou vidéo.

Au travail, à la maison ou dans les transports, **consultez en toute sécurité et toute confidentialité un médecin généraliste ou spécialiste** depuis votre ordinateur ou via l'application mobile MédecinDirect.

Les médecins vous accompagnent dans votre parcours santé. Ils vous rassurent, vous conseillent, vous orientent et, si nécessaire, réalisent un diagnostic et délivrent une ordonnance électronique.



### RÉSEAU DE SOINS CARTE BLANCHE

Un large choix de professionnels de santé, d'équipements et de prestations, pour des soins de qualité, au juste prix, partout en France et dans les Départements et Régions d'Outre-Mer.

- 7 500 opticiens partenaires <sup>(7)</sup>
- 3 500 audioprothésistes partenaires <sup>(7)</sup>
- 8 900 chirurgiens-dentistes <sup>(7)</sup>
- 1 500 partenaires bien-être & préventif (ostéopathes, diététiciens, pédicures-podologues)



### ASSISTANCE SANTÉ UN SOUTIEN À TOUT MOMENT POUR VOUS ACCOMPAGNER AU QUOTIDIEN.

Des aides 24h/24 & 7j/7 <sup>(8)</sup> en cas :

- **d'aléas de santé (hospitalisation, chirurgie ambulatoire, immobilisation)** : aide à domicile, prestations de bien-être, garde des enfants, garde des personnes dépendantes.
- **de traitement de longue durée** : enveloppe de services de 600 €.
- **de séjour prolongé en maternité** : mise à disposition d'une auxiliaire de puériculture, aide à domicile, garde des enfants...
- **d'enfant malade ou blessé** : école à domicile, garde d'enfants...
- **de déplacement à plus de 50 km du domicile** : conseil médical à distance, rapatriement sanitaire, voyage aller-retour d'un proche, information santé et vaccins avant un voyage à l'étranger...
- **de décès** : aide à l'organisation des obsèques, conseil devis obsèques, service d'accompagnement et d'écoute en cas de perte d'un proche.

(6) Le service de consultation médicale à distance, MédecinDirect, n'est pas un service d'urgence. En cas de doute ou d'urgence, veuillez contacter votre médecin traitant ou le 112. MédecinDirect vient en soutien à la médecine de terrain, dans le respect du parcours de soins. (7) Selon les conditions prévues dans votre garantie. (8) IMA ASSURANCES, société anonyme au capital de 7 000 000 euros, entreprise régie par le Code des assurances, dont le siège social est situé 118 avenue de Paris - CS 40 000 - 79033 Niort Cedex 9, immatriculée au Registre du Commerce et des Sociétés de Niort sous le numéro 481.511.632



# Les Grilles de remboursements par Niveau de 1 à 5

## Exemples de Remboursements<sup>1</sup>

Contrat d'assurance santé responsable <sup>2</sup>	Tarif le plus souvent facturé, ou tarif réglementé	Base de remboursement de la sécurité sociale (BR) <sup>3</sup>	Remboursement assurance maladie obligatoire (AMO)	Remboursement assurance maladie complémentaire (AMC)	Reste à charge
<b>Hospitalisation</b>					
Forfait journalier hospitalier (hébergement)	20 € (15 € en service psychiatrique)	0 €	0 €	20 € (15 €)	0 €
Chambre particulière (sur demande du patient)	Non connu (NC)	Non remboursé	Non remboursé	0 €	Coût de la chambre
<b>Séjours avec actes lourds</b>					
L'hôpital public inclut la rémunération des praticiens dans les frais de séjour, alors que leurs honoraires sont facturés séparément dans le secteur privé					
<b>Exemple d'une opération chirurgicale de la cataracte, en secteur privé</b>					
<b>Frais de séjour</b>	<b>Différent selon public/privé</b>	<b>BR</b>	<b>100% BR – 24 €</b>	<b>24 €</b>	<b>0 €</b>
Frais de séjour en secteur privé	Tarif moyen de 745,54 €	745,54 €	721,54 €	24 €	0 €
<b>Honoraires médecins adhérents OPTAM ou OPTAM-CO</b>	<b>Dépassements maîtrisés</b>	<b>BR</b>	<b>100% BR</b>	<b>Dépassements si prévu au contrat</b>	<b>Selon contrat</b>
Opération en secteur privé : honoraires chirurgien	Tarif moyen de 355 €	271,70 €	271,70 €	0,00 €	83,30 €
<b>Honoraires médecins secteur 2 (non adhérents OPTAM ou OPTAM-CO)</b>	<b>Honoraires libres</b>	<b>BR</b>	<b>100% BR</b>	<b>Dépassement si prévu au contrat (remboursement des dépassements plafonné à 100% BR)</b>	<b>Selon contrat</b>
Opération en secteur privé : honoraires chirurgien	Tarif moyen de 447 €	271,70 €	271,70 €	0,00 €	175,30 €
<b>Séjours sans acte lourd</b>					
L'hôpital public inclut la rémunération des praticiens dans les frais de séjour, alors que leurs honoraires sont facturés séparément dans le secteur privé					
<b>Exemple d'un suivi d'une pneumonie ou pleurésie pour un patient de plus de 17 ans, en hôpital public</b>					
<b>Frais de séjour</b>	<b>Différent selon public/privé</b>	<b>BR</b>	<b>80% BR</b>	<b>20% BR</b>	<b>0 €</b>
Frais de séjour en secteur public	Tarif moyen de 3 270,12 €	3 270,12 €	2 616,10 €	654,02 €	0 €
<b>Soins courants</b>					
<b>Honoraires médecins secteur 1 (généralistes ou spécialistes)</b>	<b>Tarif de convention</b>	<b>BR</b>	<b>70% BR – 1 €</b>	<b>30% BR</b>	<b>1 € de participation forfaitaire</b>
Ex : consultation médecin traitant généraliste pour un patient de plus de 18 ans	25 €	25 €	16,50 €	7,50 €	1 € de participation forfaitaire
Ex : consultation pédiatre pour enfant de moins de 6 ans	32 €	32 €	22,40 €	9,60 €	0 €
Ex : consultation médecin spécialiste pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie, ophtalmologie, dermatologie, etc.)	30 €	30 €	20 €	9 €	1 € de participation forfaitaire
<b>Honoraires médecins adhérents OPTAM ou OPTAM-CO</b>	<b>Dépassements maîtrisés</b>	<b>BR</b>	<b>70% BR – 1 €</b>	<b>30% BR + dépassement si prévu au contrat</b>	<b>1 € de participation forfaitaire, plus dépassement selon contrat</b>
Ex : consultation pédiatre pour enfant de moins de 6 ans	32 €	32 €	22,40 €	9,60 €	0 €
Ex : consultation médecin spécialiste pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie, ophtalmologie, dermatologie, etc.)	44 €	30 €	20 €	9,00 €	15 € dont 1 € de participation forfaitaire
<b>Honoraires médecins secteur 2 (non adhérents OPTAM ou OPTAM-CO)</b>	<b>Honoraires libres</b>	<b>BR</b>	<b>70% BR – 1€</b>	<b>30% BR + dépassement si prévu au contrat (remboursement des dépassements plafonné à 100% BR)</b>	<b>1 € de participation forfaitaire, plus dépassement selon contrat</b>
Ex : consultation pédiatre pour enfant de 2 à 16 ans	55 €	23 €	16,10 €	6,90 €	32,00 €
Ex : consultation médecin spécialiste pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie, ophtalmologie, dermatologie, etc...)	57 €	23 €	15,10 €	6,90 €	35 € dont 1 € de participation forfaitaire
<b>Matériel médical</b>	<b>Tarif moyen facturé</b>	<b>BR</b>	<b>60% BR</b>	<b>40% BR + dépassement si prévu au contrat</b>	<b>Selon contrat</b>
Ex : achat d'une paire de béquilles	25,80 €	24,40 €	14,64 €	9,76 €	1,40 €

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 on 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 édité par l'UNOCAM (<https://unocam.fr/ressources/documents-a-telecharger/>)

- 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 remboursements 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

Dentaire					
Contrat d'assurance santé responsable <sup>2</sup>	Tarif le plus souvent facturé, ou tarif réglementé	Base de remboursement de la sécurité sociale (BR) <sup>3</sup>	Remboursement obligatoire (AMO)	Remboursement maladie complémentaire (AMC)	Reste à charge
Soins et prothèses 100% santé	Prix moyen national	BR	70% BR	30% BR + dépassement dans la limite du plafond des honoraires	0 €
Ex : pose d'une couronne céramo-métallique sur incisives, canines et premières prémolaires	500 €	120 €	84 €	416 €	0 €
Soins (hors 100% santé)	Tarif de convention	BR	70% BR	30% BR + dépassement si prévu au contrat	0 €
Ex : détartrage	43,38 €	43,38 €	30,36 €	13,02 €	0 €
Prothèses (hors 100% santé)	Prix moyen national	BR	70% BR	30% BR + dépassement si prévu au contrat	0 €
Ex : couronne céramo-métallique sur molaires	537,48 €	120,00 €	84 €	36,00 €	417,48 €
Orthodontie (moins de 16 ans)	Prix moyen national	BR	100% BR	Dépassement si prévu au contrat	0,00 €
Ex : traitement par semestre (6 max.)	720 €	193,50 €	193,50 €	0,00 €	526,50 €
Optique					
Équipement 100% santé	Prix moyen national	BR	60% BR	40% BR + dépassement dans la limite des PLV <sup>4</sup>	0 €
Ex : Verres simples + monture	41 € (par verre)	12,75 € par verre	7,65 € par verre	33,35 € par verre	0 €
Ex : Verres progressifs + monture	90 € (par verre)	27 € par verre	16,20 € par verre	73,80 € par verre	0 €
Équipement (hors 100% santé)	Prix moyen national	BR	60% BR	40% BR + dépassement dans la limite des plafonds réglementaires	0 €
Ex : verres simples + monture	100 € (par verre)	0,05 € par verre	0,03 € par verre	0,02 € par verre	99,95 € par verre
Ex : verres progressifs + monture	231 € (par verre)	0,05 € par verre	0,03 € par verre	0,02 € par verre	230,95 € par verre
Ex : verres progressifs + monture	+ 139 € (monture)	+ 0,05 € par verre	+ 0,03 € par verre	+ 0,02 € par verre	+ 138,95 € par verre
Lenilles	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	0 €
Ex : Forfait annuel	NC	Non remboursé (dans le cas général)	Non remboursé (dans le cas général)	Non remboursé	0 €
Chirurgie réfractive	Prix moyen national	Non remboursé	Non remboursé	Prise en charge si prévu au contrat	0 €
Ex : opération corrective de la myopie	NC	Non remboursé	Non remboursé	Non remboursé	0 €
Aides auditives					
Équipement 100% santé	Prix moyen national	BR	60% BR	40% BR + dépassement dans la limite des PLV	0 €
Ex : Par oreille pour un patient de plus de 20 ans	950 €	400 €	240 €	710 €	0 €
Équipement (hors 100% santé)	Prix moyen national	BR	60% BR	40% BR + dépassement dans la limite des plafonds réglementaires	0 €
Ex : Par oreille pour un patient de plus de 20 ans	1 476 €	400 €	240 €	160,00 €	1 076,00 €

**Exemples de Remboursements<sup>1</sup>**

Contrat d'assurance santé responsable <sup>2</sup>	Tarif le plus souvent facturé, ou tarif réglementé	Base de remboursement de la sécurité sociale (BR) <sup>3</sup>	Remboursement assurance maladie obligatoire (AMO)	Remboursement assurance maladie complémentaire (AMC)	Reste à charge
<b>Hospitalisation</b>					
Forfait journalier hospitalier (hébergement)	20 € (15 € en service psychiatrique)	0 €	0 €	20 € (15 €)	0 €
Chambre particulière (sur demande du patient)	Non connu (NC)	Non remboursé	Non remboursé	Jusqu'à 30 €	Selon contrat et coût de la chambre
<b>Séjours avec actes lourds</b>					
L'hôpital public inclut la rémunération des praticiens dans les frais de séjour, alors que leurs honoraires sont facturés séparément dans le secteur privé					
<b>Exemple d'une opération chirurgicale de la cataracte, en secteur privé</b>					
<b>Frais de séjour</b>	<b>Différent selon public/privé</b>	<b>BR</b>	<b>100% BR – 24 €</b>	<b>24 €</b>	<b>0 €</b>
Frais de séjour en secteur privé	Tarif moyen de 745,54 €	745,54 €	721,54 €	24 €	0 €
<b>Honoraires médecins adhérents OPTAM ou OPTAM-CO</b>	<b>Dépassements maîtrisés</b>	<b>BR</b>	<b>100% BR</b>	<b>Dépassements si prévu au contrat</b>	<b>Selon contrat</b>
Opération en secteur privé : honoraires chirurgien	Tarif moyen de 355 €	271,70 €	271,70 €	67,93 €	15,37 €
<b>Honoraires médecins secteur 2 (non adhérents OPTAM ou OPTAM-CO)</b>	<b>Honoraires libres</b>	<b>BR</b>	<b>100% BR</b>	<b>Dépassement si prévu au contrat (remboursement des dépassements plafonné à 100% BR)</b>	<b>Selon contrat</b>
Opération en secteur privé : honoraires chirurgien	Tarif moyen de 447 €	271,70 €	271,70 €	0,00 €	175,30 €
<b>Séjours sans acte lourd</b>					
L'hôpital public inclut la rémunération des praticiens dans les frais de séjour, alors que leurs honoraires sont facturés séparément dans le secteur privé					
<b>Exemple d'un suivi d'une pneumonie ou pleurésie pour un patient de plus de 17 ans, en hôpital public</b>					
<b>Frais de séjour</b>	<b>Différent selon public/privé</b>	<b>BR</b>	<b>80% BR</b>	<b>20% BR</b>	<b>0 €</b>
Frais de séjour en secteur public	Tarif moyen de 3 270,12 €	3 270,12 €	2 616,10 €	654,02 €	0 €
<b>Soins courants</b>					
<b>Honoraires médecins secteur 1 (généralistes ou spécialistes)</b>	<b>Tarif de convention</b>	<b>BR</b>	<b>70% BR – 1 €</b>	<b>30% BR</b>	<b>1 € de participation forfaitaire</b>
Ex : consultation médecin traitant généraliste pour un patient de plus de 18 ans	25 €	25 €	16,50 €	7,50 €	1 € de participation forfaitaire
Ex : consultation pédiatre pour enfant de moins de 6 ans	32 €	32 €	22,40 €	9,60 €	0 €
Ex : consultation médecin spécialiste pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie, ophtalmologie, dermatologie, etc.)	30 €	30 €	20 €	9 €	1 € de participation forfaitaire
<b>Honoraires médecins adhérents OPTAM ou OPTAM-CO</b>	<b>Dépassements maîtrisés</b>	<b>BR</b>	<b>70% BR – 1 €</b>	<b>30% BR + dépassement si prévu au contrat</b>	<b>1 € de participation forfaitaire, plus dépassement selon contrat</b>
Ex : consultation pédiatre pour enfant de moins de 6 ans	32 €	32 €	22,40 €	9,60 €	0 €
Ex : consultation médecin spécialiste pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie, ophtalmologie, dermatologie, etc.)	44 €	30 €	20 €	16,50 €	7,5 € dont 1 € de participation forfaitaire
<b>Honoraires médecins secteur 2 (non adhérents OPTAM ou OPTAM-CO)</b>	<b>Honoraires libres</b>	<b>BR</b>	<b>70% BR – 1€</b>	<b>30% BR + dépassement si prévu au contrat (remboursement des dépassements plafonné à 100% BR)</b>	<b>1 € de participation forfaitaire, plus dépassement selon contrat</b>
Ex : consultation pédiatre pour enfant de 2 à 16 ans	55 €	23 €	16,10 €	6,90 €	32,00 €
Ex : consultation médecin spécialiste pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie, ophtalmologie, dermatologie, etc...)	57 €	23 €	15,10 €	6,90 €	35 € dont 1 € de participation forfaitaire
<b>Matériel médical</b>	<b>Tarif moyen facturé</b>	<b>BR</b>	<b>60% BR</b>	<b>40% BR + dépassement si prévu au contrat</b>	<b>Selon contrat</b>
Ex : achat d'une paire de béquilles	25,80 €	24,40 €	14,64 €	11,16 €	0,00 €



Contrat d'assurance santé responsable <sup>2</sup>	Tarif le plus souvent facturé, ou tarif réglementé	Base de remboursement de la sécurité sociale (BR) <sup>3</sup>	Remboursement assurance maladie obligatoire (AMO)	Remboursement assurance maladie complémentaire (AMC)	Reste à charge
<b>Dentaire</b>					
<b>Soins et prothèses 100% santé</b>	<b>Prix moyen national</b>	<b>BR</b>	<b>70% BR</b>	<b>30% BR + dépassement dans la limite du plafond des honoraires</b>	<b>0 €</b>
Ex : pose d'une couronne céramo-métallique sur incisives, canines et premières prémolaires	500 €	120 €	84 €	416 €	0 €
<b>Soins (hors 100% santé)</b>	<b>Tarif de convention</b>	<b>BR</b>	<b>70% BR</b>	<b>30% BR + dépassement si prévu au contrat</b>	<b>Selon contrat</b>
Ex : détartrage	43,38 €	43,38 €	30,36 €	13,02 €	0 €
<b>Prothèses (hors 100% santé)</b>	<b>Prix moyen national</b>	<b>BR</b>	<b>70% BR</b>	<b>30% BR + dépassement si prévu au contrat</b>	<b>Selon contrat</b>
Ex : couronne céramo-métallique sur molaires	537,48 €	120,00 €	84 €	96,00 €	357,48 €
<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.)	720 €	193,50 €	193,50 €	96,75 €	429,75 €
<b>Optique</b>					
<b>Équipement 100% santé</b>	<b>Prix moyen national</b>	<b>BR</b>	<b>60% BR</b>	<b>40% BR + dépassement dans la limite des PLV<sup>4</sup></b>	<b>0 €</b>
Ex : Verres simples + monture	41 € (par verre) + 30 € (monture)	12,75 € par verre + 9 € monture	7,65 € par verre + 5,40 € monture	33,35 € par verre + 24,60 € monture	0 €
Ex : Verres progressifs + monture	90 € (par verre) + 30 € (monture)	27 € par verre + 9 € monture	16,20 € par verre + 5,40 € monture	73,80 € par verre + 24,60 € monture	0 €
<b>Équipement (hors 100% santé)</b>	<b>Prix moyen national</b>	<b>BR</b>	<b>60% BR</b>	<b>40% BR + dépassement si prévu au contrat, dans la limite des plafonds réglementaires</b>	<b>Selon contrat</b>
Ex : verres simples + monture	100 € (par verre) + 139 € (monture)	0,05 € par verre + 0,05 € monture	0,03 € par verre + 0,03 € monture	34,97 € par verre + 39,97 € monture	65 € par verre + 99 € monture
Ex : verres progressifs + monture	231 € (par verre) + 139 € (monture)	0,05 € par verre + 0,05 € monture	0,03 € par verre + 0,03 € monture	79,97 € par verre + 39,97 € monture	151 € par verre + 99 € monture
<b>Lentilles</b>	<b>Prix moyen national</b>	<b>Pas de prise en charge (dans le cas général)</b>	<b>Pas de prise en charge (dans le cas général)</b>	<b>Prise en charge si prévu au contrat</b>	<b>Selon contrat</b>
Forfait annuel	NC	Non remboursé (dans le cas général)	Non remboursé (dans le cas général)	Jusqu'à 70 €	Selon contrat et coût des lentilles
<b>Chirurgie réfractive</b>	<b>Prix moyen national</b>	<b>Non remboursé</b>	<b>Non remboursé</b>	<b>Prise en charge si prévu au contrat</b>	<b>Selon contrat</b>
Ex : opération corrective de la myopie	NC	Non remboursé	Non remboursé	0 €	Coût de l'opération
<b>Aides auditives</b>					
<b>Équipement 100% santé</b>	<b>Prix moyen national</b>	<b>BR</b>	<b>60% BR</b>	<b>40% BR + dépassement dans la limite des PLV</b>	<b>0 €</b>
Par oreille pour un patient de plus de 20 ans	950 €	400 €	240 €	710 €	0 €
<b>Équipement (hors 100% santé)</b>	<b>Prix moyen national</b>	<b>BR</b>	<b>60% BR</b>	<b>40% BR + dépassement si prévu au contrat, dans la limite des plafonds réglementaires</b>	<b>Selon contrat</b>
Par oreille pour un patient de plus de 20 ans	1 476 €	400 €	240 €	260,00 €	976,00 €

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 Remboursements<sup>1</sup>

Contrat d'assurance santé responsable <sup>2</sup>	Tarif le plus souvent facturé, ou tarif réglementé	Base de remboursement de la sécurité sociale (BR) <sup>3</sup>	Remboursement assurance maladie obligatoire (AMO)	Remboursement assurance maladie complémentaire (AMC)	Reste à charge
<b>Hospitalisation</b>					
Forfait journalier hospitalier (hébergement)	20 € (15 € en service psychiatrique)	0 €	0 €	20 € (15 €)	0 €
Chambre particulière (sur demande du patient)	Non connu (NC)	Non remboursé	Non remboursé	Jusqu'à 45 €	Selon contrat et coût de la chambre
<b>Séjours avec actes lourds</b>					
L'hôpital public inclut la rémunération des praticiens dans les frais de séjour, alors que leurs honoraires sont facturés séparément dans le secteur privé					
<b>Exemple d'une opération chirurgicale de la cataracte, en secteur privé</b>					
<b>Frais de séjour</b>	<b>Différent selon public/privé</b>	<b>BR</b>	<b>100% BR – 24 €</b>	<b>24 €</b>	<b>0 €</b>
Frais de séjour en secteur privé	Tarif moyen de 745,54 €	745,54 €	721,54 €	24 €	0 €
<b>Honoraires médecins adhérents OPTAM ou OPTAM-CO</b>	<b>Dépassements maîtrisés</b>	<b>BR</b>	<b>100% BR</b>	<b>Dépassements si prévu au contrat</b>	<b>Selon contrat</b>
Opération en secteur privé : honoraires chirurgien	Tarif moyen de 355 €	271,70 €	271,70 €	83,30 €	0,00 €
<b>Honoraires médecins secteur 2 (non adhérents OPTAM ou OPTAM-CO)</b>	<b>Honoraires libres</b>	<b>BR</b>	<b>100% BR</b>	<b>Dépassement si prévu au contrat (remboursement des dépassements plafonné à 100% BR)</b>	<b>Selon contrat</b>
Opération en secteur privé : honoraires chirurgien	Tarif moyen de 447 €	271,70 €	271,70 €	81,51 €	93,79 €
<b>Séjours sans acte lourd</b>					
L'hôpital public inclut la rémunération des praticiens dans les frais de séjour, alors que leurs honoraires sont facturés séparément dans le secteur privé					
<b>Exemple d'un suivi d'une pneumonie ou pleurésie pour un patient de plus de 17 ans, en hôpital public</b>					
<b>Frais de séjour</b>	<b>Différent selon public/privé</b>	<b>BR</b>	<b>80% BR</b>	<b>20% BR</b>	<b>0 €</b>
Frais de séjour en secteur public	Tarif moyen de 3 270,12 €	3 270,12 €	2 616,10 €	654,02 €	0 €
<b>Soins courants</b>					
<b>Honoraires médecins secteur 1 (généralistes ou spécialistes)</b>	<b>Tarif de convention</b>	<b>BR</b>	<b>70% BR – 1 €</b>	<b>30% BR</b>	<b>1 € de participation forfaitaire</b>
Ex : consultation médecin traitant généraliste pour un patient de plus de 18 ans	25 €	25 €	16,50 €	7,50 €	1 € de participation forfaitaire
Ex : consultation pédiatre pour enfant de moins de 6 ans	32 €	32 €	22,40 €	9,60 €	0 €
Ex : consultation médecin spécialiste pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie, ophtalmologie, dermatologie, etc.)	30 €	30 €	20 €	9 €	1 € de participation forfaitaire
<b>Honoraires médecins adhérents OPTAM ou OPTAM-CO</b>	<b>Dépassements maîtrisés</b>	<b>BR</b>	<b>70% BR – 1 €</b>	<b>30% BR + dépassement si prévu au contrat</b>	<b>1 € de participation forfaitaire, plus dépassement selon contrat</b>
Ex : consultation pédiatre pour enfant de moins de 6 ans	32 €	32 €	22,40 €	9,60 €	0 €
Ex : consultation médecin spécialiste pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie, ophtalmologie, dermatologie, etc.)	44 €	30 €	20 €	23,00 €	1 € de participation forfaitaire
<b>Honoraires médecins secteur 2 (non adhérents OPTAM ou OPTAM-CO)</b>	<b>Honoraires libres</b>	<b>BR</b>	<b>70% BR – 1€</b>	<b>30% BR + dépassement si prévu au contrat (remboursement des dépassements plafonné à 100% BR)</b>	<b>1 € de participation forfaitaire, plus dépassement selon contrat</b>
Ex : consultation pédiatre pour enfant de 2 à 16 ans	55 €	23 €	16,10 €	13,80 €	25,10 €
Ex : consultation médecin spécialiste pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie, ophtalmologie, dermatologie, etc...)	57 €	23 €	15,10 €	13,80 €	28,1 € dont 1 € de participation forfaitaire
<b>Matériel médical</b>	<b>Tarif moyen facturé</b>	<b>BR</b>	<b>60% BR</b>	<b>40% BR + dépassement si prévu au contrat</b>	<b>Selon contrat</b>
Ex : achat d'une paire de béquilles	25,80 €	24,40 €	14,64 €	11,16 €	0,00 €

Contrat d'assurance santé responsable <sup>2</sup>	Tarif le plus souvent facturé, ou tarif réglementé	Base de remboursement de la sécurité sociale (BR) <sup>3</sup>	Remboursement assurance maladie obligatoire (AMO)	Remboursement assurance maladie complémentaire (AMC)	Reste à charge
<b>Dentaire</b>					
<b>Soins et prothèses 100% santé</b>	<b>Prix moyen national</b>	<b>BR</b>	<b>70% BR</b>	<b>30% BR + dépassement dans la limite du plafond des honoraires</b>	<b>0 €</b>
Ex : pose d'une couronne céramo-métallique sur incisives, canines et premières prémolaires	500 €	120 €	84 €	416 €	0 €
<b>Soins (hors 100% santé)</b>	<b>Tarif de convention</b>	<b>BR</b>	<b>70% BR</b>	<b>30% BR + dépassement si prévu au contrat</b>	<b>Selon contrat</b>
Ex : détartrage	43,38 €	43,38 €	30,36 €	13,02 €	0 €
<b>Prothèses (hors 100% santé)</b>	<b>Prix moyen national</b>	<b>BR</b>	<b>70% BR</b>	<b>30% BR + dépassement si prévu au contrat</b>	<b>Selon contrat</b>
Ex : couronne céramo-métallique sur molaires	537,48 €	120,00 €	84 €	156,00 €	297,48 €
<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.)	720 €	193,50 €	193,50 €	193,50 €	333,00 €
<b>Optique</b>					
<b>Équipement 100% santé</b>	<b>Prix moyen national</b>	<b>BR</b>	<b>60% BR</b>	<b>40% BR + dépassement dans la limite des PLV<sup>4</sup></b>	<b>0 €</b>
Ex : Verres simples + monture	41 € (par verre) + 30 € (monture)	12,75 € par verre + 9 € monture	7,65 € par verre + 5,40 € monture	33,35 € par verre + 24,60 € monture	0 €
Ex : Verres progressifs + monture	90 € (par verre) + 30 € (monture)	27 € par verre + 9 € monture	16,20 € par verre + 5,40 € monture	73,80 € par verre + 24,60 € monture	0 €
<b>Équipement (hors 100% santé)</b>	<b>Prix moyen national</b>	<b>BR</b>	<b>60% BR</b>	<b>40% BR + dépassement si prévu au contrat, dans la limite des plafonds réglementaires</b>	<b>Selon contrat</b>
Ex : verres simples + monture	100 € (par verre) + 139 € (monture)	0,05 € par verre + 0,05 € monture	0,03 € par verre + 0,03 € monture	49,97 € par verre + 49,97 € monture	50 € par verre + 89 € monture
Ex : verres progressifs + monture	231 € (par verre) + 139 € (monture)	0,05 € par verre + 0,05 € monture	0,03 € par verre + 0,03 € monture	99,97 € par verre + 49,97 € monture	131 € par verre + 89 € monture
<b>Lentilles</b>	<b>Prix moyen national</b>	<b>Pas de prise en charge (dans le cas général)</b>	<b>Pas de prise en charge (dans le cas général)</b>	<b>Prise en charge si prévu au contrat</b>	<b>Selon contrat</b>
Forfait annuel	NC	Non remboursé (dans le cas général)	Non remboursé (dans le cas général)	Jusqu'à 100 €	Selon contrat et coût des lentilles
<b>Chirurgie réfractive</b>	<b>Prix moyen national</b>	<b>Non remboursé</b>	<b>Non remboursé</b>	<b>Prise en charge si prévu au contrat</b>	<b>Selon contrat</b>
Ex : opération corrective de la myopie	NC	Non remboursé	Non remboursé	Jusqu'à 150 €	Selon contrat et coût de l'opération
<b>Aides auditives</b>					
<b>Équipement 100% santé</b>	<b>Prix moyen national</b>	<b>BR</b>	<b>60% BR</b>	<b>40% BR + dépassement dans la limite des PLV</b>	<b>0 €</b>
Par oreille pour un patient de plus de 20 ans	950 €	400 €	240 €	710 €	0 €
<b>Équipement (hors 100% santé)</b>	<b>Prix moyen national</b>	<b>BR</b>	<b>60% BR</b>	<b>40% BR + dépassement si prévu au contrat, dans la limite des plafonds réglementaires</b>	<b>Selon contrat</b>
Par oreille pour un patient de plus de 20 ans	1 476 €	400 €	240 €	360,00 €	876,00 €

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 Remboursements<sup>1</sup>

Contrat d'assurance santé responsable <sup>2</sup>	Tarif le plus souvent facturé, ou tarif réglementé	Base de remboursement de la sécurité sociale (BR) <sup>3</sup>	Remboursement assurance maladie obligatoire (AMO)	Remboursement assurance maladie complémentaire (AMC)	Reste à charge
<b>Hospitalisation</b>					
Forfait journalier hospitalier (hébergement)	20 € (15 € en service psychiatrique)	0 €	0 €	20 € (15 €)	0 €
Chambre particulière (sur demande du patient)	Non connu (NC)	Non remboursé	Non remboursé	Jusqu'à 60 €	Selon contrat et coût de la chambre
<b>Séjours avec actes lourds</b>					
L'hôpital public inclut la rémunération des praticiens dans les frais de séjour, alors que leurs honoraires sont facturés séparément dans le secteur privé					
<b>Exemple d'une opération chirurgicale de la cataracte, en secteur privé</b>					
<b>Frais de séjour</b>	<b>Différent selon public/privé</b>	<b>BR</b>	<b>100% BR – 24 €</b>	<b>24 €</b>	<b>0 €</b>
Frais de séjour en secteur privé	Tarif moyen de 745,54 €	745,54 €	721,54 €	24 €	0 €
<b>Honoraires médecins adhérents OPTAM ou OPTAM-CO</b>	<b>Dépassements maîtrisés</b>	<b>BR</b>	<b>100% BR</b>	<b>Dépassements si prévu au contrat</b>	<b>Selon contrat</b>
Opération en secteur privé : honoraires chirurgien	Tarif moyen de 355 €	271,70 €	271,70 €	83,30 €	0,00 €
<b>Honoraires médecins secteur 2 (non adhérents OPTAM ou OPTAM-CO)</b>	<b>Honoraires libres</b>	<b>BR</b>	<b>100% BR</b>	<b>Dépassement si prévu au contrat (remboursement des dépassements plafonné à 100% BR)</b>	<b>Selon contrat</b>
Opération en secteur privé : honoraires chirurgien	Tarif moyen de 447 €	271,70 €	271,70 €	175,30 €	0,00 €
<b>Séjours sans acte lourd</b>					
L'hôpital public inclut la rémunération des praticiens dans les frais de séjour, alors que leurs honoraires sont facturés séparément dans le secteur privé					
<b>Exemple d'un suivi d'une pneumonie ou pleurésie pour un patient de plus de 17 ans, en hôpital public</b>					
<b>Frais de séjour</b>	<b>Différent selon public/privé</b>	<b>BR</b>	<b>80% BR</b>	<b>20% BR</b>	<b>0 €</b>
Frais de séjour en secteur public	Tarif moyen de 3 270,12 €	3 270,12 €	2 616,10 €	654,02 €	0 €
<b>Soins courants</b>					
<b>Honoraires médecins secteur 1 (généralistes ou spécialistes)</b>	<b>Tarif de convention</b>	<b>BR</b>	<b>70% BR – 1 €</b>	<b>30% BR</b>	<b>1 € de participation forfaitaire</b>
Ex : consultation médecin traitant généraliste pour un patient de plus de 18 ans	25 €	25 €	16,50 €	7,50 €	1 € de participation forfaitaire
Ex : consultation pédiatre pour enfant de moins de 6 ans	32 €	32 €	22,40 €	9,60 €	0 €
Ex : consultation médecin spécialiste pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie, ophtalmologie, dermatologie, etc.)	30 €	30 €	20 €	9 €	1 € de participation forfaitaire
<b>Honoraires médecins adhérents OPTAM ou OPTAM-CO</b>	<b>Dépassements maîtrisés</b>	<b>BR</b>	<b>70% BR – 1 €</b>	<b>30% BR + dépassement si prévu au contrat</b>	<b>1 € de participation forfaitaire, plus dépassement selon contrat</b>
Ex : consultation pédiatre pour enfant de moins de 6 ans	32 €	32 €	22,40 €	9,60 €	0 €
Ex : consultation médecin spécialiste pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie, ophtalmologie, dermatologie, etc.)	44 €	30 €	20 €	23,00 €	1 € de participation forfaitaire
<b>Honoraires médecins secteur 2 (non adhérents OPTAM ou OPTAM-CO)</b>	<b>Honoraires libres</b>	<b>BR</b>	<b>70% BR – 1€</b>	<b>30% BR + dépassement si prévu au contrat (remboursement des dépassements plafonné à 100% BR)</b>	<b>1 € de participation forfaitaire, plus dépassement selon contrat</b>
Ex : consultation pédiatre pour enfant de 2 à 16 ans	55 €	23 €	16,10 €	25,30 €	13,60 €
Ex : consultation médecin spécialiste pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie, ophtalmologie, dermatologie, etc...)	57 €	23 €	15,10 €	25,30 €	16,6 € dont 1 € de participation forfaitaire
<b>Matériel médical</b>	<b>Tarif moyen facturé</b>	<b>BR</b>	<b>60% BR</b>	<b>40% BR + dépassement si prévu au contrat</b>	<b>Selon contrat</b>
Ex : achat d'une paire de béquilles	25,80 €	24,40 €	14,64 €	11,16 €	0,00 €

Contrat d'assurance santé responsable <sup>2</sup>	Tarif le plus souvent facturé, ou tarif réglementé	Base de remboursement de la sécurité sociale (BR) <sup>3</sup>	Remboursement assurance maladie obligatoire (AMO)	Remboursement assurance maladie complémentaire (AMC)	Reste à charge
<b>Dentaire</b>					
<b>Soins et prothèses 100% santé</b>	<b>Prix moyen national</b>	<b>BR</b>	<b>70% BR</b>	<b>30% BR + dépassement dans la limite du plafond des honoraires</b>	<b>0 €</b>
Ex : pose d'une couronne céramo-métallique sur incisives, canines et premières prémolaires	500 €	120 €	84 €	416 €	0 €
<b>Soins (hors 100% santé)</b>	<b>Tarif de convention</b>	<b>BR</b>	<b>70% BR</b>	<b>30% BR + dépassement si prévu au contrat</b>	<b>Selon contrat</b>
Ex : détartrage	43,38 €	43,38 €	30,36 €	13,02 €	0 €
<b>Prothèses (hors 100% santé)</b>	<b>Prix moyen national</b>	<b>BR</b>	<b>70% BR</b>	<b>30% BR + dépassement si prévu au contrat</b>	<b>Selon contrat</b>
Ex : couronne céramo-métallique sur molaires	537,48 €	120,00 €	84 €	216,00 €	237,48 €
<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.)	720 €	193,50 €	193,50 €	290,25 €	236,25 €
<b>Optique</b>					
<b>Équipement 100% santé</b>	<b>Prix moyen national</b>	<b>BR</b>	<b>60% BR</b>	<b>40% BR + dépassement dans la limite des PLV<sup>4</sup></b>	<b>0 €</b>
Ex : Verres simples + monture	41 € (par verre) + 30 € (monture)	12,75 € par verre + 9 € monture	7,65 € par verre + 5,40 € monture	33,35 € par verre + 24,60 € monture	0 €
Ex : Verres progressifs + monture	90 € (par verre) + 30 € (monture)	27 € par verre + 9 € monture	16,20 € par verre + 5,40 € monture	73,80 € par verre + 24,60 € monture	0 €
<b>Équipement (hors 100% santé)</b>	<b>Prix moyen national</b>	<b>BR</b>	<b>60% BR</b>	<b>40% BR + dépassement si prévu au contrat, dans la limite des plafonds réglementaires</b>	<b>Selon contrat</b>
Ex : verres simples + monture	100 € (par verre) + 139 € (monture)	0,05 € par verre + 0,05 € monture	0,03 € par verre + 0,03 € monture	69,97 € par verre + 69,97 € monture	30 € par verre + 69 € monture
Ex : verres progressifs + monture	231 € (par verre) + 139 € (monture)	0,05 € par verre + 0,05 € monture	0,03 € par verre + 0,03 € monture	124,97 € par verre + 69,97 € monture	106 € par verre + 69 € monture
<b>Lentilles</b>	<b>Prix moyen national</b>	<b>Pas de prise en charge (dans le cas général)</b>	<b>Pas de prise en charge (dans le cas général)</b>	<b>Prise en charge si prévu au contrat</b>	<b>Selon contrat</b>
Forfait annuel	NC	Non remboursé (dans le cas général)	Non remboursé (dans le cas général)	Jusqu'à 150 €	Selon contrat et coût des lentilles
<b>Chirurgie réfractive</b>	<b>Prix moyen national</b>	<b>Non remboursé</b>	<b>Non remboursé</b>	<b>Prise en charge si prévu au contrat</b>	<b>Selon contrat</b>
Ex : opération corrective de la myopie	NC	Non remboursé	Non remboursé	Jusqu'à 200 €	Selon contrat et coût de l'opération
<b>Aides auditives</b>					
<b>Équipement 100% santé</b>	<b>Prix moyen national</b>	<b>BR</b>	<b>60% BR</b>	<b>40% BR + dépassement dans la limite des PLV</b>	<b>0 €</b>
Par oreille pour un patient de plus de 20 ans	950 €	400 €	240 €	710 €	0 €
<b>Équipement (hors 100% santé)</b>	<b>Prix moyen national</b>	<b>BR</b>	<b>60% BR</b>	<b>40% BR + dépassement si prévu au contrat, dans la limite des plafonds réglementaires</b>	<b>Selon contrat</b>
Par oreille pour un patient de plus de 20 ans	1 476 €	400 €	240 €	560,00 €	676,00 €

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 Remboursements<sup>1</sup>

Contrat d'assurance santé responsable <sup>2</sup>	Tarif le plus souvent facturé, ou tarif réglementé	Base de remboursement de la sécurité sociale (BR) <sup>3</sup>	Remboursement assurance maladie obligatoire (AMO)	Remboursement assurance maladie complémentaire (AMC)	Reste à charge
<b>Hospitalisation</b>					
<b>Forfait journalier hospitalier</b> (hébergement)	20 € (15 € en service psychiatrique)	0 €	0 €	20 € (15 €)	0 €
<b>Chambre particulière</b> (sur demande du patient)	Non connu (NC)	Non remboursé	Non remboursé	Jusqu'à 80 €	Selon contrat et coût de la chambre
<b>Séjours avec actes lourds</b>					
L'hôpital public inclut la rémunération des praticiens dans les frais de séjour, alors que leurs honoraires sont facturés séparément dans le secteur privé					
<b>Exemple d'une opération chirurgicale de la cataracte, en secteur privé</b>					
<b>Frais de séjour</b>	<b>Différent selon public/privé</b>	<b>BR</b>	<b>100% BR – 24 €</b>	<b>24 €</b>	<b>0 €</b>
Frais de séjour en secteur privé	Tarif moyen de 745,54 €	745,54 €	721,54 €	24 €	0 €
<b>Honoraires médecins adhérents OPTAM ou OPTAM-CO</b>	<b>Dépassements maîtrisés</b>	<b>BR</b>	<b>100% BR</b>	<b>Dépassements si prévu au contrat</b>	<b>Selon contrat</b>
Opération en secteur privé : honoraires chirurgien	Tarif moyen de 355 €	271,70 €	271,70 €	83,30 €	0,00 €
<b>Honoraires médecins secteur 2</b> (non adhérents OPTAM ou OPTAM-CO)	<b>Honoraires libres</b>	<b>BR</b>	<b>100% BR</b>	<b>Dépassement si prévu au contrat (remboursement des dépassements plafonné à 100% BR)</b>	<b>Selon contrat</b>
Opération en secteur privé : honoraires chirurgien	Tarif moyen de 447 €	271,70 €	271,70 €	175,30 €	0,00 €
<b>Séjours sans acte lourd</b>					
L'hôpital public inclut la rémunération des praticiens dans les frais de séjour, alors que leurs honoraires sont facturés séparément dans le secteur privé					
<b>Exemple d'un suivi d'une pneumonie ou pleurésie pour un patient de plus de 17 ans, en hôpital public</b>					
<b>Frais de séjour</b>	<b>Différent selon public/privé</b>	<b>BR</b>	<b>80% BR</b>	<b>20% BR</b>	<b>0 €</b>
Frais de séjour en secteur public	Tarif moyen de 3 270,12 €	3 270,12 €	2 616,10 €	654,02 €	0 €
<b>Soins courants</b>					
<b>Honoraires médecins secteur 1</b> (généralistes ou spécialistes)	<b>Tarif de convention</b>	<b>BR</b>	<b>70% BR – 1 €</b>	<b>30% BR</b>	<b>1 € de participation forfaitaire</b>
Ex : consultation médecin traitant généraliste pour un patient de plus de 18 ans	25 €	25 €	16,50 €	7,50 €	1 € de participation forfaitaire
Ex : consultation pédiatre pour enfant de moins de 6 ans	32 €	32 €	22,40 €	9,60 €	0 €
Ex : consultation médecin spécialiste pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie, ophtalmologie, dermatologie, etc.)	30 €	30 €	20 €	9 €	1 € de participation forfaitaire
<b>Honoraires médecins adhérents OPTAM ou OPTAM-CO</b>	<b>Dépassements maîtrisés</b>	<b>BR</b>	<b>70% BR – 1 €</b>	<b>30% BR + dépassement si prévu au contrat</b>	<b>1 € de participation forfaitaire, plus dépassement selon contrat</b>
Ex : consultation pédiatre pour enfant de moins de 6 ans	32 €	32 €	22,40 €	9,60 €	0 €
Ex : consultation médecin spécialiste pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie, ophtalmologie, dermatologie, etc.)	44 €	30 €	20 €	23,00 €	1 € de participation forfaitaire
<b>Honoraires médecins secteur 2</b> (non adhérents OPTAM ou OPTAM-CO)	<b>Honoraires libres</b>	<b>BR</b>	<b>70% BR – 1€</b>	<b>30% BR + dépassement si prévu au contrat (remboursement des dépassements plafonné à 100% BR)</b>	<b>1 € de participation forfaitaire, plus dépassement selon contrat</b>
Ex : consultation pédiatre pour enfant de 2 à 16 ans	55 €	23 €	16,10 €	29,90 €	9,00 €
Ex : consultation médecin spécialiste pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie, ophtalmologie, dermatologie, etc...)	57 €	23 €	15,10 €	29,90 €	12 € dont 1 € de participation forfaitaire
<b>Matériel médical</b>	<b>Tarif moyen facturé</b>	<b>BR</b>	<b>60% BR</b>	<b>40% BR + dépassement si prévu au contrat</b>	<b>Selon contrat</b>
Ex : achat d'une paire de béquilles	25,80 €	24,40 €	14,64 €	11,16 €	0,00 €

Contrat d'assurance santé responsable <sup>2</sup>	Tarif le plus souvent facturé, ou tarif réglementé	Base de remboursement de la sécurité sociale (BR) <sup>3</sup>	Remboursement assurance maladie obligatoire (AMO)	Remboursement assurance maladie complémentaire (AMC)	Reste à charge
<b>Dentaire</b>					
<b>Soins et prothèses 100% santé</b>	<b>Prix moyen national</b>	<b>BR</b>	<b>70% BR</b>	<b>30% BR + dépassement dans la limite du plafond des honoraires</b>	<b>0 €</b>
Ex : pose d'une couronne céramo-métallique sur incisives, canines et premières prémolaires	500 €	120 €	84 €	416 €	0 €
<b>Soins (hors 100% santé)</b>	<b>Tarif de convention</b>	<b>BR</b>	<b>70% BR</b>	<b>30% BR + dépassement si prévu au contrat</b>	<b>Selon contrat</b>
Ex : détartrage	43,38 €	43,38 €	30,36 €	13,02 €	0 €
<b>Prothèses (hors 100% santé)</b>	<b>Prix moyen national</b>	<b>BR</b>	<b>70% BR</b>	<b>30% BR + dépassement si prévu au contrat</b>	<b>Selon contrat</b>
Ex : couronne céramo-métallique sur molaires	537,48 €	120,00 €	84 €	336,00 €	117,48 €
<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.)	720 €	193,50 €	193,50 €	483,75 €	42,75 €
<b>Optique</b>					
<b>Équipement 100% santé</b>	<b>Prix moyen national</b>	<b>BR</b>	<b>60% BR</b>	<b>40% BR + dépassement dans la limite des PLV<sup>4</sup></b>	<b>0 €</b>
Ex : Verres simples + monture	41 € (par verre) + 30 € (monture)	12,75 € par verre + 9 € monture	7,65 € par verre + 5,40 € monture	33,35 € par verre + 24,60 € monture	0 €
Ex : Verres progressifs + monture	90 € (par verre) + 30 € (monture)	27 € par verre + 9 € monture	16,20 € par verre + 5,40 € monture	73,80 € par verre + 24,60 € monture	0 €
<b>Équipement (hors 100% santé)</b>	<b>Prix moyen national</b>	<b>BR</b>	<b>60% BR</b>	<b>40% BR + dépassement si prévu au contrat, dans la limite des plafonds réglementaires</b>	<b>Selon contrat</b>
Ex : verres simples + monture	100 € (par verre) + 139 € (monture)	0,05 € par verre + 0,05 € monture	0,03 € par verre + 0,03 € monture	99,97 € par verre + 99,97 € monture	0 € par verre + 39 € monture
Ex : verres progressifs + monture	231 € (par verre) + 139 € (monture)	0,05 € par verre + 0,05 € monture	0,03 € par verre + 0,03 € monture	149,97 € par verre + 99,97 € monture	81 € par verre + 39 € monture
<b>Lentilles</b>	<b>Prix moyen national</b>	<b>Pas de prise en charge (dans le cas général)</b>	<b>Pas de prise en charge (dans le cas général)</b>	<b>Prise en charge si prévu au contrat</b>	<b>Selon contrat</b>
Forfait annuel	NC	Non remboursé (dans le cas général)	Non remboursé (dans le cas général)	Jusqu'à 200 €	Selon contrat et coût des lentilles
<b>Chirurgie réfractive</b>	<b>Prix moyen national</b>	<b>Non remboursé</b>	<b>Non remboursé</b>	<b>Prise en charge si prévu au contrat</b>	<b>Selon contrat</b>
Ex : opération corrective de la myopie	NC	Non remboursé	Non remboursé	Jusqu'à 350 €	Selon contrat et coût de l'opération
<b>Aides auditives</b>					
<b>Équipement 100% santé</b>	<b>Prix moyen national</b>	<b>BR</b>	<b>60% BR</b>	<b>40% BR + dépassement dans la limite des PLV</b>	<b>0 €</b>
Par oreille pour un patient de plus de 20 ans	950 €	400 €	240 €	710 €	0 €
<b>Équipement (hors 100% santé)</b>	<b>Prix moyen national</b>	<b>BR</b>	<b>60% BR</b>	<b>40% BR + dépassement si prévu au contrat, dans la limite des plafonds réglementaires</b>	<b>Selon contrat</b>
Par oreille pour un patient de plus de 20 ans	1 476 €	400 €	240 €	760,00 €	476,00 €

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/>)