

	Remboursement Régime Obligatoire *	Remboursement MUTUELLE 403*		Remboursement Total *	
➤ SOINS COURANTS		OPTAM/OPTAMCO	Non OPTAM/OPTAMCO	OPTAM/OPTAMCO	Non OPTAM/OPTAMCO
<b>Honoraires médicaux</b>					
Consultations et visites généralistes	70 %	130 %	110 %	200 %	180 %
Consultations et visites spécialistes	70 %	130 %	110 %	200 %	180 %
Médecins non conventionnés	70 %		130 %		200 %
Actes de chirurgie en cabinet	70 %		30 %		100 %
Actes techniques médicaux	70 %		30 %		100 %
Actes d'imagerie médicale	70 %	130 %	110 %	200 %	180 %
Actes d'échographie	70 %	130 %	110 %	200 %	180 %
Télésurveillance médicale	60 %		40 %		100 %
<b>Transports</b>	65 %		35 %		100 %
<b>Analyses et examens de laboratoire</b>	70 % / 60 %		130 % / 140 %		200 %
<b>Honoraires paramédicaux</b>					
Infirmiers, masseurs, kinésithérapeutes, orthophonistes, orthoptistes et pédicures-podologues	60 %		140 %		200 %
Psychologues remboursés RO (8 séances / an)	60 %		40 %		100 %
<b>Médicaments</b>	65 % / 30 % / 15 %		35 % / 70 % / 85 %		100 %
<b>Matériel médical :</b>					
Véhicule pour handicapé physique (VHP) <sup>1</sup>	70 % / 100 %		30 % / -		100 %
Appareillages hors VHP et accessoires médicaux / orthopédie	60 % / 100 %		40 % / -		100 %
Supplément Prothèses mammaires et capillaires	-		Forfait annuel : 150 €		150 € / an
➤ <b>OPTIQUE</b> – à compter de la date d'acquisition limité à 1 équipement (1 monture + 2 verres) tous les 2 ans ou tous les ans en cas de renouvellement anticipé prévu à l'article L 165-1 du Code de la sécurité sociale, notamment pour les moins de 16 ans et en cas d'évolution de la vue.					
<b>Equipements 100 % Santé ***</b>					
Monture et verres de Classe A	60 %		100 % PLV <sup>(2)</sup> – RO		100 % PLV
Suppléments et prestations optiques	60 %		100 % PLV – RO		100 % PLV
<b>Equipements hors 100 % Santé (classe B)</b> - Les remboursements en euros s'entendent « Remboursement Régime Obligatoire inclus »					
<i>Remboursement limité à 100 €/monture, 210 €/verre simple, 350 €/verre complexe, 400 €/verre très complexe.</i>					
Monture – verres simples à tarif libre	60 %		Forfait : 300 € <sup>TM inclus**</sup> - RO		300 €
Monture – verres complexes et très complexes à tarif libre	60 %		Forfait : 600 € <sup>TM inclus</sup> - RO		600 €
Suppléments et prestations optiques à tarifs libres	60 %		40 %		100 %
<b>Lentilles acceptées ou refusées RO</b>	60 % / -		Forfait annuel : 250 €		RO + 250 € / an
➤ <b>DENTAIRE</b>					
<b>Soins et prothèses 100 % Santé ***</b>	70 %		100 % HLF <sup>(2)</sup> – RO <sup>(3)</sup>		100 % HLF
<sup>(3)</sup> Cette garantie comprend la prise en charge des frais de soins dentaires prothétiques définis par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale dans la limite des honoraires de facturation fixés et sous déduction du Montant Remboursé par la Sécurité sociale.					
<b>Soins et prothèses hors 100 % Santé</b>					
Soins	70 %		30 %		100 %
Inlay-core	70 %		330 %		400 %
Prothèse dentaire remboursable	70 %		330 %		400 %
Bridges et prothèses amovibles	70 %		330 %		400 %
Prothèse dentaire non remboursable	-		Forfait annuel : 400 €		400 € / an
Orthodontie acceptée	100 %		200 %		300 %
➤ <b>AIDES AUDITIVES</b> – le renouvellement de la prise en charge d'une aide auditive ne peut intervenir avant une période de 4 ans suivant la date d'acquisition de l'aide auditive précédente. Ce délai de renouvellement s'entend pour chaque oreille indépendamment.					
<b>Appareillage auditif 100 % Santé ***</b>	60 % / 100 %		100 % PLV – RO		100 % PLV
<b>Appareillage auditif hors 100 % Santé</b> - remboursement limité à 1700 € / appareillage auditif (RO + Mutuelle 403)					
Prothèses auditives	60 % / 100 %		40 % / - + Forfait /prothèse : 305 €		100 % + 305 € /prothèse
Prestations annexes (consommables, piles, accessoires)	60 %		40 %		100 %
➤ <b>CURE</b>					
Honoraires de surveillance (hors pratiques complémentaires)	70 %		30 %		100 %
Forfait thermal – Frais d'hébergement – Transport	65 %		107 €		RO + 107 €

<sup>(1)</sup> Au sens de la nomenclature LPP

<sup>(2)</sup> PLV : Prix Limite de Vente – HLF : Honoraires Limite de Facturation

	Remboursement Régime Obligatoire *		Remboursement MUTUELLE 403*		Remboursement Total *	
			OPTAM/ OPTAMCO	Non OPTAM/ OPTAMCO	OPTAM/ OPTAMCO	Non OPTAM/ OPTAMCO
<b>➤ HOSPITALISATIONS</b>						
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>MEDICALE</b></li> <li>Frais de séjour 80 % / 100 %</li> <li>Soins et honoraires 80 % / 100 %</li> <li>Transports 65 %</li> <li>▪ <b>CHIRURGICALE</b></li> <li>Frais de séjour 80 % / 100 %</li> <li>Soins et honoraires 80 % / 100 %</li> <li>Transports 65 %</li> <li>▪ <b>OBSTETRIQUE</b></li> <li>Frais de séjour 100 %</li> <li>Soins et honoraires 100 %</li> <li>Transports 65 %</li> <li><b>Forfait journalier hospitalier</b> -</li> <li><b>Chambre particulière hors ambulatoire</b> -</li> <li><b>Chambre particulière en ambulatoire</b> -</li> <li><b>Frais d'accompagnant – enfant de moins de 16 ans (dès la 1<sup>ère</sup> nuit et pour une hospitalisation d'au moins 3 nuits et pour une durée maximale de 30 nuits)</b> -</li> </ul>						
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>Séjours en Maisons ou Services de Repos et de convalescence, séjour en Centres ou Services de Rééducation fonctionnelle ou de moyen séjour, en Etablissements Psychiatriques, et en Etablissements climatiques de pneumologie et sanatoriums pour adulte</b></li> <li>Frais de séjour 80 % / 100 %</li> <li>Soins et honoraires 80 % / 100 %</li> <li>Transports 65 %</li> <li><b>Forfait journalier hospitalier</b> -</li> <li><b>Chambre particulière (pendant 60j par année civile)</b> -</li> </ul>						
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>Etablissements médico-sociaux : Séjours en Maisons d'Enfants spécialisées et Etablissements Climatiques pour enfants et adolescents, en Centres ou Maisons d'accueil pour handicapés enfants et adultes, en Maisons de régime et de Diététique et en Centres de post-cure pour alcooliques et toxicomanes</b></li> <li>Frais de séjour 80 % / 100 %</li> <li>Soins et honoraires 80 % / 100 %</li> <li>Transports 65 %</li> </ul>						
<b>➤ PARTICIPATION FORFAITAIRE</b>						
Participation laissée à la charge de l'assuré par l'Assurance Maladie Obligatoire, sur certains actes d'un tarif égal ou supérieur à 120 €	-		OUI		OUI	
<b>➤ FORFAIT PATIENT URGENCES</b>						
Participation laissée à la charge de l'assuré pour chaque passage aux Urgences non suivi d'une hospitalisation	-		OUI		OUI	
<b>➤ LES PLUS</b>						
<b>Forfait Naissance :</b> Naissance, adoption plénière (enfant de moins de 16 ans) Forfait par enfant - 250 € 250 €						
<b>Médecine douce :</b> Ostéopathe, chiropracteur, étiope, acupuncteur, pédicure, podologue, psychologue, diététicien Limité à 4 séances /an - Forfait /séance : 45 € 45 € /séance						
<b>Allocation aux frais d'obsèques :</b> Versée sur présentation de la facture acquittée par une tierce personne, après le décès du bénéficiaire âgé de 12 ans et plus - 600 € 600 €						
<b>➤ PREVENTION</b>						
Prestations de prévention prévues à l'article 1 <sup>er</sup> de l'arrêté du 8 juin 2006	65 % / 70 %		35 % / 30 %		100 %	
Pilule contraceptive non remboursable RO – Vaccins non remboursés – Aide au sevrage tabagique sur prescription médicale	-		Forfait annuel : 50 €		50 € /an	
Pharmacie non remboursée <sup>(4)</sup> sur prescription médicale	-		Forfait annuel : 50 €		50 € /an	
<b>➤ ASSISTANCE</b>						
	-		OUI		OUI	

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

\*\* TM : ticket modérateur

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

<sup>(4)</sup> Sont exclus les compléments alimentaires et les produits cosmétiques

## Exemples de Remboursement<sup>1</sup> A1911R

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	68,00 €	Selon les frais engagés
<b>Séjours avec actes lourds</b>					
L'hôpital public inclut la rémunération des praticiens dans les frais de séjour, alors que leurs honoraires sont facturés séparément dans le secteur privé					
<b>Exemple d'une opération chirurgicale de la cataracte, en secteur privé</b>					
<b>Frais de séjour</b>	<b>Différent selon public/privé</b>	<b>BR</b>	<b>BR – 24 €</b>	<b>24 €</b>	<b>0 €</b>
Frais de séjour en secteur privé	794,04 €	794,04 €	794,04 €	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	413,00 €	271,70 €	271,70 €	141,30 €	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	451,00 €	271,70 €	271,70 €	179,30 €	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	3333,75 €	3333,75 €	2667,00 €	666,75 €	0 €

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 AMO (Assurance maladie obligatoire)	Remboursement AMC (Assurance maladie complémentaire)	Reste à charge
--	--	--	---	--	----------------

### Soins courants

<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>
<i>Ex : consultation médecin traitant généraliste pour un patient de plus de 18 ans</i>	25 €	25 €	16,50 €	7,50 €	1 € de participation forfaitaire
<i>Ex : consultation pédiatre pour enfant de 2 à 6 ans</i>	32 €	32 €	22,40 €	9,60 €	0 €
<i>Ex : consultation médecin spécialiste pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie obstétrique, ophtalmologie, dermatologie, etc...)</i>	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>
<i>Ex : consultation pédiatre pour enfant de moins de 6 ans</i>	32 €	32 €	22,40 €	9,60 €	0 €
<i>Ex : consultation médecin spécialiste pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie obstétrique, ophtalmologie, dermatologie, etc...)</i>	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>
<i>Ex : consultation pédiatre pour enfant de 2 à 16 ans</i>	55 €	23 €	16,10 €	25,30 €	13,60 €
<i>Ex : consultation médecin spécialiste pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie obstétrique, ophtalmologie, dermatologie, etc...)</i>	58 €	23 €	15,10 €	25,30 €	17,60 €
<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>
<i>Ex : achat d'une paire de béquilles</i>	25,63 €	24,40 €	14,64 €	9,76 €	1,23 €

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 AMO (Assurance maladie obligatoire)	Remboursement AMC (Assurance maladie complémentaire)	Reste à charge
<b>Dentaire</b>					
<b>Soins et prothèses 100% santé</b>	<b>Honoraire limite de facturation (HLF)</b>	<b>BR</b>	<b>70 % BR</b>	<b>30 % BR + dépassement dans la limite du plafond des honoraires</b>	<b>0 €</b>
<i>Ex : pose d'une couronne céramo-métallique sur incisives, canines et premières prémolaires</i>	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>
<i>Ex : détartrage</i>	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>
<i>Ex : couronne céramo-métallique sur molaires</i>	547,90 €	120 €	84 €	396,00 €	67,90 €
<b>Orthodontie (moins de 16 ans)</b>	<b>Prix moyen national</b>	<b>BR</b>	<b>100 % BR</b>	<b>Dépassement si prévu au contrat</b>	<b>Selon contrat</b>
<i>Ex : traitement par semestre (6 max)</i>	720 €	193,50 €	193,50 €	387,00 €	139,50 €
<b>Optique</b>					
<b>Équipement 100% santé</b>	<b>Prix limite de vente (PLV)</b>	<b>BR</b>	<b>60 % BR</b>	<b>40 % BR + dépassement dans la limite des PLV<sup>4</sup></b>	<b>0 €</b>
<i>Ex : Verres simples et monture</i>	41 € (par verre) + 30 € (monture)	12,75 € par verre + 9 €	7,65 € par verre + 5,40 €	33,35 € par verre + 24,60 €	0 €
<i>Ex : Verres progressifs et monture</i>	90 € (par verre) + 30 € (monture)	27 € par verre + 9 €	16,20 € par verre + 5,40 €	73,80 € par verre + 24,60 €	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>
<i>Ex : verres simples + monture</i>	100 € (par verre) + 139 € (monture)	0,05 € par verre + 0,05 €	0,03 € par verre + 0,03 €	299,91 €	39,00 €
<i>Ex : verres progressifs + monture</i>	231 € (par verre) + 139 € (monture)	0,05 € par verre + 0,05 €	0,03 € par verre + 0,03 €	561,91 €	39,00 €
<b>Lentilles</b>	<b>Prix moyen national</b>	<b>Pas de prise en charge (dans le cas général)</b>	<b>Pas de prise en charge (dans le cas général)</b>	<b>Prise en charge si prévu au contrat</b>	<b>Selon contrat</b>
<i>Forfait annuel</i>	NC	Non remboursé (dans le cas général)	Non remboursé (dans le cas général)	250 €	Selon les frais engagés
<b>Chirurgie réfractive</b>	<b>Prix moyen national</b>	<b>Non remboursé</b>	<b>Non remboursé</b>	<b>Prise en charge si prévu au contrat</b>	<b>Selon contrat</b>
<i>Ex opération corrective de la myopie</i>	NC	Non remboursé	Non remboursé	Non remboursé	Selon les frais engagés

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 AMO (Assurance maladie obligatoire)	Remboursement AMC (Assurance maladie complémentaire)	Reste à charge
--	--	--	---	--	----------------

### Aides auditives

Équipement 100% santé	Prix limite de vente (PLV)	BR	60 % BR	40 % BR + dépassement dans la limite des PLV	0 €
<i>Par oreille pour un patient de plus de 20 ans</i>	950 €	400 €	240 €	710 €	0 €
Équipement (hors 100% santé)	Prix moyen national	BR	60 % BR	40 % BR + dépassement si prévu au contrat, dans la limite des plafonds réglementaires	Selon contrat
<i>Par oreille pour un patient de plus de 20 ans</i>	1534 €	400 €	240 €	465,00 €	829,00 €

1 : Les exemples de remboursements sont donnés pour un assuré sans taux de prise en charge particulier et respectant le parcours de soins coordonnés

2 : Les contrats sont dits « responsables » quand ils respectent des obligations fixées par la réglementation, notamment des minimums et maximums de remboursement ainsi que des interdictions de prise en charge. Pour aller plus loin, consulter le Glossaire de l'assurance complémentaire santé

3 : La BR est un tarif de « référence » fixé pour chaque acte, chaque produit, chaque dispositif médical. L'assurance maladie obligatoire ne rembourse dans la plupart des cas qu'un % de la BR, à un taux différent selon les actes, produits de santé, dispositifs médicaux, le complément étant apporté par l'assurance maladie complémentaire.

4 : Prix limite de vente

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

# MUTUELLE 403

## GARANTIES D'ASSISTANCE

### PERMANENCE MEDICALE / SECOURS D'URGENCE

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

### EN CAS D'HOSPITALISATION SUPERIEURE A 48H

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

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

### EN CAS D'IMMOBILISATION D'UN ENFANT

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

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

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

### EN CAS DE TRAITEMENT PAR RADIOTHERAPIE OU CHIMIOOTHERAPIE

- Aide à domicile.

### SERVICES D'INFORMATIONS PAR TELEPHONE

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

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

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

Document non contractuel – Garanties en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> Juillet 2017.