

Base obligatoire

	Remboursement Régime Obligatoire *	Remboursement MUTUELLE 403*	Remboursement Total *
➤ SOINS COURANTS			
		OPTAM/ OPTAMCO	Non OPTAM/ OPTAMCO
Honoraires médicaux			
Consultations et visites généralistes	70 %	50 %	30 %
Consultations et visites spécialistes	70 %	80 %	60 %
Actes de chirurgie en cabinet	70 %	80 %	60 %
Actes techniques médicaux	70 %	80 %	60 %
Actes d'imagerie médicale	70 %	80 %	60 %
Actes d'échographie	70 %	80 %	60 %
Télésurveillance médicale	60 %	40 %	100 %
Transports	65 %	35 %	100 %
Analyses et examens de laboratoire	70 % / 60 %	80 % / 90 %	150 %
Honoraires paramédicaux			
Infirmiers, masseurs, kinésithérapeutes, orthophonistes, orthoptistes et pédicures-podologues	60 %	40 %	100 %
Psychologues remboursés RO (8 séances /an)	60 %	40 %	100 %
Médicaments	65 % / 30 % / 15 %	35 % / 70 % / 85 %	100 %
Matériel médical :			
Véhicule pour handicapé physique (VHP) ¹	70 % / 100 %	30 % / -	100 %
Appareillages hors VHP et accessoires médicaux / orthopédie	60 % / 100 %	40 % / -	100 %
➤ OPTIQUE – 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.			
Equipements 100 % Santé ***			
Monture et verres de Classe A	60 %	100 % PLV ⁽²⁾ – RO	100 % PLV
Suppléments et prestations optiques	60 %	100 % PLV – RO	100 % PLV
Equipements hors 100 % Santé (classe B) - Les remboursements en euros s'entendent « Remboursement Régime Obligatoire inclus »			
Monture à tarifs libres	60 %	Forfait : 40 € TM inclus** - RO	40 €
Verres simples à tarifs libres	60 %	Forfait /verre : 70 € TM inclus - RO	70 € /verre
Verres complexes et très complexes à tarifs libres	60 %	Forfait /verre : 80 € TM inclus - RO	80 € /verre
Suppléments et prestations optiques à tarifs libres	60 %	40 %	100 %
Lentilles acceptées RO	60 %	40 %	100 %
➤ DENTAIRE			
Soins et prothèses 100 % Santé ***	70 %	100 % HLF ⁽²⁾ – RO ⁽³⁾	100 % HLF
⁽³⁾ 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.			
Soins et prothèses hors 100 % Santé			
Soins – Inlay – Onlay	70 %	30 %	100 %
Inlay-core	70 %	80 %	150 %
Prothèse dentaire remboursable	70 %	80 %	150 %
Bridges et prothèses amovibles	70 %	80 %	150 %
Orthodontie acceptée	100 %	25 %	125 %
➤ AIDES AUDITIVES - le renouvellement de la prise en charge d'une aide auditive ne peut intervenir avant une période de 4 ans suivant la date d'acquisition de l'aide auditive précédente. Ce délai de renouvellement s'entend pour chaque oreille indépendamment.			
Appareillage auditif 100 % Santé ***	60 % / 100 %	100 % PLV – RO	100 % PLV
Appareillage auditif hors 100 % Santé - remboursement limité à 1700 € /appareillage auditif (RO + Mutuelle 403)			
Prothèses auditives	60 % / 100 %	40 % / -	100 %
Prestations annexes (consommables, piles, accessoires)	60 %	40 %	100 %
➤ CURE			
Honoraires de surveillance (hors pratiques complémentaires)	70 %	30 %	100 %
Forfait thermal	65 %	35 %	100 %
Frais d'hébergement	65 %	35 %	100 %
Transports	65 %	35 %	100 %

(1) Au sens de la nomenclature LPP

(2) PLV : Prix Limite de Vente – HLF : Honoraires Limite de Facturation

	Remboursement Régime Obligatoire *	Remboursement MUTUELLE 403*	Remboursement Total *
➤ HOSPITALISATIONS			
		OPTAM/ OPTAMCO	Non OPTAM/ OPTAMCO
		OPTAM/ OPTAMCO	Non OPTAM/ OPTAMCO
▪ MEDICALE			
Frais de séjour	80 % / 100 %	40 % / 20 %	120 %
Soins et honoraires	80 % / 100 %	40 % / 20 % 20 % / -	120 % 100 %
Transports	65 %	35 %	100 %
▪ CHIRURGICALE			
Frais de séjour	80 % / 100 %	40 % / 20 %	120 %
Soins et honoraires	80 % / 100 %	40 % / 20 % 20 % / -	120 % 100 %
Transports	65 %	35 %	100 %
▪ OBSTETRIQUE			
Frais de séjour	100 %	20 %	120 %
Soins et honoraires	100 %	20 % -	120 % 100 %
Transports	65 %	35 %	100 %
Forfait journalier hospitalier	-	Frais réels	Frais réels
▪ <i>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</i>			
Frais de séjour	80 % / 100 %	20 % / -	100 %
Soins et honoraires	80 % / 100 %	20 % / -	100 %
Transports	65 %	35 %	100 %
Forfait journalier hospitalier	-	Frais réels	Frais réels
▪ <i>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</i>			
Frais de séjour	80 % / 100 %	20 % / -	100 %
Soins et honoraires	80 % / 100 %	20 % / -	100 %
Transports	65 %	35 %	100 %
➤ PARTICIPATION FORFAITAIRE			
<i>Participation laissée à la charge de l'assuré par l'Assurance Maladie Obligatoire, sur certains actes d'un tarif égal ou supérieur à 120 €</i>	-	OUI	OUI
➤ FORFAIT PATIENT URGENCES			
<i>Participation laissée à la charge de l'assuré pour chaque passage aux Urgences non suivi d'une hospitalisation</i>	-	OUI	OUI
➤ LES PLUS			
Médecine douce : Ostéopathe, chiropracteur, étio-pathe, acupuncteur, diététicien, homéopathe, psychologue, pédicure, podologue, psychomotricien, ergothérapeute, hypnothérapeute <i>Non pris en charge RO</i>	-	Forfait annuel : 50 €	50 € /an
➤ PREVENTION			
Prestations de prévention prévues à l'article 1 ^{er} de l'arrêté du 8 juin 2006	65 % / 70 %	35 % / 30 %	100 %
Pharmacie non remboursée ⁽⁴⁾ sur prescription médicale	-	Forfait annuel : 50 €	50 € /an

* % 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

(4) Sont exclus les compléments alimentaires et les produits cosmétiques

Cette garantie respecte l'ensemble des règles des contrats responsables.
Mutuelle régie par le livre II du Code de la Mutualité et immatriculée sous le N° SIREN 781166210

Exemples de Remboursement¹

P1708R

Contrat d'assurance santé responsable ²	Tarif le plus souvent facturé, ou tarif réglementé	Base de remboursement de la sécurité sociale (BR) ³	Remboursement assurance maladie obligatoire (AMO)	Remboursement assurance maladie complémentaire (AMC)	Reste à charge
Hospitalisation					
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	Non remboursé	Selon les frais engagés
Séjours avec actes lourds					
L'hôpital public inclut la rémunération des praticiens dans les frais de séjour, alors que leurs honoraires sont facturés séparément dans le secteur privé					
Exemple d'une opération chirurgicale de la cataracte, en secteur privé					
Frais de séjour	Différent selon public/privé	BR	BR – 24 €	24 €	0 €
Frais de séjour en secteur privé	794,04 €	794,04 €	794,04 €	24 €	0 €
Honoraires médecins adhérents OPTAM ou OPTAM-CO	Dépassements maîtrisés	BR	100 % BR	Dépassements si prévu au contrat	Selon contrat
Opération en secteur privé : honoraires chirurgien	413,00 €	271,70 €	271,70 €	54,34 €	86,96 €
Honoraires médecins secteur 2 (non adhérents OPTAM ou OPTAM-CO)	Honoraires libres	BR	100 % BR	Dépassement si prévu au contrat (remboursement des dépassements plafonné à 100 % BR)	Selon contrat
Opération en secteur privé : honoraires chirurgien	451,00 €	271,70 €	271,70 €	0,00 €	179,30 €
Séjours sans acte lourd					
L'hôpital public inclut la rémunération des praticiens dans les frais de séjour, alors que leurs honoraires sont facturés séparément dans le secteur privé					
Exemple d'un suivi d'une pneumonie ou pleurésie pour un patient de plus de 17 ans, en hôpital public					
Frais de séjour	Différent selon public/privé	BR	80 % BR	20 % BR	0 €
Frais de séjour en secteur public	3333,75 €	3333,75 €	2667,00 €	666,75 €	0 €

Contrat d'assurance santé responsable ²	Tarif le plus souvent facturé, ou tarif réglementé	Base de remboursement de la sécurité sociale (BR) ³	Remboursement AMO (Assurance maladie obligatoire)	Remboursement AMC (Assurance maladie complémentaire)	Reste à charge
--	--	--	---	--	----------------

Soins courants

Honoraires médecins secteur 1 (généralistes ou spécialistes)	Tarif de convention	BR	70 % BR – 1 €	30 % BR	1 € de participation forfaitaire
<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
Honoraires médecins adhérents OPTAM ou OPTAM-CO	Dépassements maîtrisés	BR	70 % BR – 1 €	30 % BR + dépassement si prévu au contrat	1 € de participation forfaitaire plus dépassement selon contrat
<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 €	20,50 €	3,50 €
Honoraires médecins secteur 2 (non adhérents OPTAM ou OPTAM-CO)	Honoraires libres	BR	70 % BR – 1 €	30 % BR + dépassement si prévu au contrat (remboursement des dépassements plafonné à 100 % BR)	1 € de participation forfaitaire, plus dépassement selon contrat
<i>Ex : consultation pédiatre pour enfant de 2 à 16 ans</i>	55 €	23 €	16,10 €	13,80 €	25,10 €
<i>Ex : consultation médecin spécialiste pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie obstétrique, ophtalmologie, dermatologie, etc...)</i>	58 €	23 €	15,10 €	13,80 €	29,10 €
Matériel médical	Tarif moyen facturé	BR	60 % BR	40 % BR + dépassement si prévu au contrat	Selon contrat
<i>Ex : achat d'une paire de béquilles</i>	25,63 €	24,40 €	14,64 €	9,76 €	1,23 €

Contrat d'assurance santé responsable ²	Tarif le plus souvent facturé, ou tarif réglementé	Base de remboursement de la sécurité sociale (BR) ³	Remboursement AMO (Assurance maladie obligatoire)	Remboursement AMC (Assurance maladie complémentaire)	Reste à charge
Dentaire					
Soins et prothèses 100% santé	Honoraire limite de facturation (HLF)	BR	70 % BR	30 % BR + dépassement dans la limite du plafond des honoraires	0 €
<i>Ex : pose d'une couronne céramo-métallique sur incisives, canines et premières prémolaires</i>	500 €	120 €	84 €	416 €	0 €
Soins (hors 100% santé)	Tarif de convention	BR	70 % BR	30 % BR + dépassement si prévu au contrat	Selon contrat
<i>Ex : détartrage</i>	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	Selon contrat
<i>Ex : couronne céramo-métallique sur molaires</i>	547,90 €	120 €	84 €	96,00 €	367,90 €
Orthodontie (moins de 16 ans)	Prix moyen national	BR	100 % BR	Dépassement si prévu au contrat	Selon contrat
<i>Ex : traitement par semestre (6 max)</i>	720 €	193,50 €	193,50 €	48,38 €	478,13 €
Optique					
Équipement 100% santé	Prix limite de vente (PLV)	BR	60 % BR	40 % BR + dépassement dans la limite des PLV⁴	0 €
<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 €
Équipement (hors 100% santé)	Prix moyen national	BR	60 % BR	40 % BR + dépassement si prévu au contrat, dans la limite des plafonds réglementaires	Selon contrat
<i>Ex : verres simples + monture</i>	100 € (par verre) + 139 € (monture)	0,05 € par verre + 0,05 €	0,03 € par verre + 0,03 €	179,91 €	159,00 €
<i>Ex : verres progressifs + monture</i>	231 € (par verre) + 139 € (monture)	0,05 € par verre + 0,05 €	0,03 € par verre + 0,03 €	199,91 €	401,00 €
Lentilles	Prix moyen national	Pas de prise en charge (dans le cas général)	Pas de prise en charge (dans le cas général)	Prise en charge si prévu au contrat	Selon contrat
<i>Forfait annuel</i>	NC	Non remboursé (dans le cas général)	Non remboursé (dans le cas général)	Non remboursé (dans le cas général)	Selon les frais engagés
Chirurgie réfractive	Prix moyen national	Non remboursé	Non remboursé	Prise en charge si prévu au contrat	Selon contrat
<i>Ex opération corrective de la myopie</i>	NC	Non remboursé	Non remboursé	Non remboursé	Selon les frais engagés

Contrat d'assurance santé responsable ²	Tarif le plus souvent facturé, ou tarif réglementé	Base de remboursement de la sécurité sociale (BR) ³	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 €	160,00 €	1 134,00 €

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/>)