

PRESTATIONS	REMBOURSEMENTS			PRÉCISIONS
	ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE (AMO) DANS LE PARCOURS DE SOINS	ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE (AMC)	TOTAL	
<b>HOSPITALISATION</b>				
<b>Honoraires, actes et soins</b>				
- Médecins signataires D.P.T.M.	80% B.R.	80% B.R.	<b>160% B.R.</b>	Actes de chirurgie, anesthésie, obstétrique, et autres actes pratiqués en hospitalisation
- Médecins non signataires D.P.T.M.	80% B.R.	60% B.R.	<b>140% B.R.</b>	
<b>Participation du patient</b>	Néant	24 €	<b>24 €</b>	Pour les actes techniques médicaux supérieurs à 120 €.
<b>Séjours</b>				
- Frais de séjour	80% B.R.	70% B.R.	<b>150% B.R.</b>	Pour les établissements non conventionnés, dans la limite du tarif d'autorité de la Sécurité sociale.
- Forfait journalier hospitalier en hôpital ou en clinique	Néant	20 € / jour	<b>20 € / jour</b>	
- Forfait journalier hospitalier en service psychiatrie en établissement de santé	Néant	15 € / jour	<b>15 € / jour</b>	
- Chambre particulière avec nuitée	Néant	60 € / jour	<b>60 € / jour</b>	Hors ambulatoire. Dans la limite des tarifs signés par convention. Durée illimitée en Chirurgie, Maternité et Médecine. Durée limitée à 60 jours par année civile en Soins de Suite et Réadaptation (Convalescence, Rééducation ...) et Psychiatrie.
- Chambre particulière en chirurgie ambulatoire (sans nuitée) avec actes de chirurgie et d'anesthésie	Néant	20 € / jour	<b>20 € / jour</b>	Hors box d'hospitalisation
- Frais d'accompagnement	Néant	30 € / jour	<b>30 € / jour</b>	Hors ambulatoire. Nuitées, repas, pour un accompagnant sur présentation de factures dédiées à la restauration ou à l'hébergement et du bulletin d'hospitalisation. Frais maisons de parents pour enfant hospitalisé. Versés sous condition que l'hospitalisé soit inscrit au contrat. Durée illimitée en Chirurgie, Maternité. Durée limitée à 60 jours par année civile en Médecine, Soins de Suite et Réadaptation (Convalescence, Rééducation ...) et Psychiatrie.
<b>SOINS COURANTS</b>				
<b>Honoraires médicaux</b>				
<b>Consultations, visites des médecins généralistes et spécialistes</b>				
- Médecins signataires D.P.T.M.	70% B.R.	90% B.R.	<b>160% B.R.</b>	
- Médecins non signataires D.P.T.M.	70% B.R.	70% B.R.	<b>140% B.R.</b>	
<b>Sages-femmes</b>	60% B.R. ou 70% B.R.	100% B.R. ou 90% B.R.	<b>160% B.R.</b>	
<b>Honoraires paramédicaux</b>				
- Auxiliaires médicaux dont infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, orthophonistes, orthoptistes, pédicures-podologues	60% B.R.	40% B.R.	<b>100% B.R.</b>	
<b>Analyses et examens de laboratoire</b>	60% B.R.	90% B.R.	<b>150% B.R.</b>	
<b>Actes d'imagerie</b>				
- Médecins signataires D.P.T.M.	70% B.R.	90% B.R.	<b>160% B.R.</b>	Radiographie, scanner, IRM - Échographie ou doppler.
- Médecins non signataires D.P.T.M.	70% B.R.	70% B.R.	<b>140% B.R.</b>	
<b>Actes techniques médicaux et de chirurgie</b>				
- Médecins signataires D.P.T.M.	70% B.R.	90% B.R.	<b>160% B.R.</b>	Dont actes d'anesthésie pratiqués au cabinet du médecin.
- Médecins non signataires D.P.T.M.	70% B.R.	70% B.R.	<b>140% B.R.</b>	
<b>Participation du patient</b>	Néant	24 €	<b>24 €</b>	Pour les actes techniques médicaux supérieurs à 120 €.
<b>Médicaments</b>				
- Médicaments à Service Médical Rendu important	65% B.R.	35% B.R.	<b>100% B.R.</b>	
- Médicaments à Service Médical Rendu modéré	30% B.R.	70% B.R.	<b>100% B.R.</b>	
- Médicaments à Service Médical Rendu faible	15% B.R.	85% B.R.	<b>100% B.R.</b>	
<b>Matériels médicaux</b>				
- Accessoires, appareillages, orthopédie	60% B.R.	140% B.R.	<b>200% B.R.</b>	
- Prothèses capillaires (suite traitement de chimiothérapie), implants mammaires (suite mastectomie, cancer du sein)	100% B.R.	100% B.R.	<b>200% B.R.</b>	
<b>Transports</b>				
- Transports prescrits remboursés par l'A.M.O.	65% B.R.	35% B.R.	<b>100% B.R.</b>	
<b>Autres prestations</b>				
- Actes d'imagerie non remboursés par l'AMO	Néant	100 €	<b>100 €</b>	Forfait par année civile et par bénéficiaire Dans la limite de 50 % des dépenses engagées.
- Cures thermales remboursées par l'A.M.O. : soins, transport, hébergement, remboursés par l'A.M.O.	65% B.R.	35% B.R.	<b>100% B.R.</b>	

PRESTATIONS	REMBOURSEMENTS			PRÉCISIONS
	ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE (AMO) DANS LE PARCOURS DE SOINS	ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE (AMC)	TOTAL	
<b>DENTAIRE</b>				
<b>Plafond global de remboursement à 800 € par année civile et par bénéficiaire (hors ticket modérateur = 30% B.R.)</b>				
- Soins, actes et consultations	70% B.R.	130% B.R.	<b>200% B.R.</b>	Actes soumis au plafond global de remboursement
- Orthodontie remboursée par l'A.M.O.	70% B.R. ou 100% B.R.	230% B.R. ou 200% B.R.	<b>300% B.R.</b>	Actes soumis au plafond global de remboursement
<b>Soins et prothèses 100% santé (tels que définis réglementairement)</b>				
<b>Panier de remboursement défini selon la localisation dentaire et le matériau utilisé</b>				
<b>Le professionnel de santé a l'obligation de vous proposer au moins un équipement « 100% santé » et d'établir un devis.</b>				
- Prothèses	70% B.R.	Frais Réels moins 70% B.R.	<b>Frais Réels</b>	
<b>Prothèses hors 100% santé</b>				
<b>Panier de remboursement selon la localisation dentaire et le matériau utilisé</b>				
<b>Panier à honoraires maîtrisés</b>				
- Inlays onlays	70% B.R.	130% B.R.	<b>200% B.R.</b>	Actes soumis à des honoraires limités de facturation. Actes soumis au plafond global de remboursement
- Prothèses	70% B.R.	230% B.R.	<b>300% B.R.</b>	Actes soumis à des honoraires limités de facturation. Actes soumis au plafond global de remboursement
<b>Panier à honoraires libres</b>				
- Inlays onlays	70% B.R.	130% B.R.	<b>200% B.R.</b>	Actes soumis au plafond global de remboursement
- Prothèses	70% B.R.	230% B.R.	<b>300% B.R.</b>	Actes soumis au plafond global de remboursement
<b>Actes non remboursés par l'A.M.O.</b>				
- Soins, implantologie, orthodontie, parodontologie, prothèses	Néant	250 €	<b>250 €</b>	Forfait par année civile et par bénéficiaire.
<b>OPTIQUE</b>				
<b>1 monture et 2 verres tous les deux ans de date à date pour les adultes et enfants de 16 ans et plus (période ramenée à un an en cas de renouvellement anticipé prévu à l'article L 165-1 du Code de la sécurité sociale).</b>				
<b>1 monture et 2 verres tous les ans de date à date pour les enfants de moins de 16 ans.</b>				
<b>Equipements 100% santé (tels que définis réglementairement) (verres et/ou monture)</b>				
<b>Classe A</b>				
<b>Le professionnel de santé a l'obligation de vous proposer au moins un équipement « 100% santé » et d'établir un devis.</b>				
- Monture	60% B.R.	Frais Réels moins 60% B.R.	<b>Frais Réels</b>	
- Verres : tous types de correction	60% B.R.	Frais Réels moins 60% B.R.	<b>Frais Réels</b>	
- Prestations d'appairage	60% B.R.	Frais Réels moins 60% B.R.	<b>Frais Réels</b>	Prestation appliquée lorsqu'un équipement comporte des verres de corrections différentes
<b>Equipements hors 100% santé (verres et/ou monture)</b>				
<b>Classe B - Tarifs libres</b>				
<b>Adultes et enfants de 16 ans et plus : âge apprécié à la date des soins</b>				
- Monture	60% B.R.	90 € moins 60% B.R.	<b>90 €</b>	Forfait par monture et par bénéficiaire. Y compris Ticket Modérateur.
- Verre simple	60% B.R.	65 € moins 60% B.R.	<b>65 €</b>	Forfait par verre et par bénéficiaire. Y compris Ticket Modérateur.
- Verre complexe	60% B.R.	130 € moins 60% B.R.	<b>130 €</b>	Forfait par verre et par bénéficiaire. Y compris Ticket Modérateur.
- Verre très complexe	60% B.R.	130 € moins 60% B.R.	<b>130 €</b>	Forfait par verre et par bénéficiaire. Y compris Ticket Modérateur.
<b>Enfants moins de 16 ans : âge apprécié à la date des soins</b>				
- Monture	60% B.R.	50 € moins 60% B.R.	<b>50 €</b>	Forfait par monture et par bénéficiaire. Y compris Ticket Modérateur.
- Verre simple	60% B.R.	45 € moins 60% B.R.	<b>45 €</b>	Forfait par verre et par bénéficiaire. Y compris Ticket Modérateur.
- Verre complexe	60% B.R.	95 € moins 60% B.R.	<b>95 €</b>	Forfait par verre et par bénéficiaire. Y compris Ticket Modérateur.
- Verre très complexe	60% B.R.	95 € moins 60% B.R.	<b>95 €</b>	Forfait par verre et par bénéficiaire. Y compris Ticket Modérateur.
<b>Autres prestations sur verres et monture : filtres, prismes et adaptation de la prescription</b>				
	60% B.R.	40% B.R.	<b>100% B.R.</b>	
<b>Lentilles</b>				
- Lentilles remboursées par l'A.M.O.	60% B.R.	40% B.R. + 130 €	<b>100% B.R. + 130 €</b>	Forfait par année civile et par bénéficiaire valant pour ces deux rubriques. Sur prescription médicale.
- Lentilles non remboursées par l'A.M.O.	Néant	130 €	<b>130 €</b>	Y compris produits d'entretien.
<b>Chirurgie réfractive non remboursée par l'A.M.O.</b>	Néant	200 €	<b>200 €</b>	Forfait par année civile, par œil et par bénéficiaire.

PRESTATIONS	REMBOURSEMENTS			PRÉCISIONS
	ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE (AMO) DANS LE PARCOURS DE SOINS	ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE (AMC)	TOTAL	
<b>AIDES AUDITIVES</b>				
Une aide auditive tous les 4 ans par oreille de date à date				
Équipement 100% santé (tels que définis réglementairement) Classe I - Soumis à des prix limités de vente Le professionnel de santé a l'obligation de vous proposer au moins un équipement « 100% santé » et d'établir un devis.				
- Aides auditives	60% B.R.	Frais Réels moins 60% B.R.	<b>Frais Réels</b>	Appareillage auditif.
Équipement hors 100% santé Classe II - Tarifs libres				
- Aides auditives jusqu'à 20 ans inclus ou atteint de cécité	60% B.R.	40% B.R. + 400 €	<b>100% B.R. + 400 €</b>	Appareillage auditif. Age apprécié à la date des soins. Cécité : entendue comme une acuité visuelle inférieure à 1/20ème après correction. Dans la limite de 1 700 € par appareil et par bénéficiaire.
- Aides auditives plus de 20 ans	60% B.R.	40% B.R. + 400 €	<b>100% B.R. + 400 €</b>	Appareillage auditif. Age apprécié à la date des soins.
Accessoires, entretien, piles, réparations	60% B.R.	40% B.R.	<b>100% B.R.</b>	
<b>OBSÈQUES</b>				
- Indemnité de frais d'obsèques	Néant	750 €	<b>750 €</b>	Versée sur présentation de justificatif de dépenses.

Assistance : voir notice d'informations.

Tous les actes de prévention pris en charge par l'A.M.O. sont remboursés à 100% B.R.

B.R. = Base de Remboursement (tarif officiel Assurance Maladie)

Le Service Médical Rendu est évalué par la Haute Autorité de Santé

D.P.T.M. : Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée (pour plus de détails sur les D.P.T.M. en vigueur : voir Annexe du contrat « Qu'est-ce qu'une garantie responsable ? »)

Soins à l'étranger : les prestations exprimées en forfait, prenant en charge des actes non remboursés par l'Assurance Maladie Obligatoire, n'ouvrent droit à aucun remboursement de la Mutuelle si les actes ont été engagés à l'étranger

- Les pourcentages s'appliquent sur la base de remboursement de la Sécurité sociale dans la limite des dépenses réelles et dans le respect du parcours de soins.
- En fonction du type d'acte, les prestations sont définies par rapport à la Nomenclature Générale des Actes Professionnels (NGAP), à la Classification Commune des Actes Médicaux (CCAM) ou à la Tarification à l'Activité (TAA).
- Le taux du régime général de la Sécurité sociale peut varier en fonction de la situation personnelle (en cas d'A.L.D. par exemple) ou du régime obligatoire d'affiliation (Régimes spéciaux), sans que cette variation au titre ALD ou régimes spéciaux ne puisse être répercutée sur le montant total de remboursement.



**Ce document d'information présente un résumé des principales garanties et exclusions du contrat. Il ne prend pas en compte vos besoins et demandes spécifiques. Vous trouverez l'information complète sur ce produit dans la documentation pré contractuelle et contractuelle. En particulier, les niveaux de remboursement seront détaillés dans le tableau de garanties.**

**De quel type d'assurance s'agit-il ?**

Cette complémentaire santé est destinée à rembourser tout ou partie des frais de santé restant à la charge de l'assuré et de ses éventuels ayants droit en cas d'accident, de maladie ou de maternité en complément du régime obligatoire (A.M.O.).

Le produit respecte les conditions légales des contrats responsables.



## Qu'est ce qui est assuré ?

Les montants des prestations sont soumis à des plafonds qui varient en fonction du niveau de garantie choisi, et figurent dans le tableau de garanties. Ils ne peuvent être plus élevés que les dépenses engagées, et une somme peut rester à votre charge.

### LES GARANTIES SYSTEMATIQUEMENT PREVUES

- ✓ **Hospitalisation** : honoraires, frais de séjour et de transports, forfait journalier hospitalier, participation assuré, chambre particulière, frais d'accompagnant.
- ✓ **Soins courants** : consultations, visites médecins, examens médicaux, radiologies, participation assuré, analyses, auxiliaires médicaux, pharmacie, cures thermales.
- ✓ **Optique** : monture, verres, prismes, filtres, lentilles remboursées ou non par l'A.M.O.
- ✓ **Dentaire** : soins, radiologies, prothèses, orthodontie.
- ✓ **Appareillage** : orthopédie, prothèses et appareillage.
- ✓ **Indemnités de frais d'obsèques**
- ✓ **Prévention** : actes de prévention prévus par le contrat responsable.

### LES GARANTIES OPTIONNELLES

Radiologie non remboursés par l'A.M.O.  
Traitement correctif de la vision  
Actes dentaires non remboursés par l'A.M.O.  
Prestations plus : hospitalisation, consultations et pharmacie non remboursées par l'A.M.O., pharmacie en automédication, prothèses capillaires, implants mammaires.

### LES SERVICES SYSTEMATIQUEMENT PREVUS

- ✓ Réseau de soins (réduction tarifaire chez les opticiens et les audioprothésistes partenaires).

### L'ASSISTANCE SYSTEMATIQUEMENT PREVUE

- ✓ Soutien à domicile en cas de maladie, accident, maternité ou décès.

Les garanties précédées d'une ✓ sont systématiquement prévues au contrat.



## Qu'est ce qui n'est pas assuré ?

- ✗ Les soins reçus en dehors de la période de validité du contrat.
- ✗ Les indemnités versées en complément de la Sécurité sociale en cas d'arrêt de travail.
- ✗ Les traitements esthétiques, diététiques ou de cosmétologie.
- ✗ Les frais d'hébergement en établissement gériatrique ou de long séjour, les séjours en ateliers thérapeutiques, en centre de rééducation professionnelle et dans les instituts et centres médicaux à caractère éducatif, psychopédagogique et professionnels.
- ✗ Les actes non pris en charge par l'A.M.O. sauf ceux expressément mentionnés dans les fiches garanties.
- ✗ les prestations exprimées en forfaits prenant en charge des actes non remboursés par les régimes d'assurance maladie obligatoire, dès lors que lesdits actes ont été engagés à l'étranger, sauf précisions contraires dans les fiches « garanties ».



## Y-a-t-il des exclusions à la couverture ?

### Principales exclusions du contrat responsable :

- ! La participation forfaitaire de 1€ et les franchises sur les boîtes de médicaments, actes paramédicaux et transports.
- ! La majoration du ticket modérateur et les dépassements d'honoraires si les dépenses de santé sont réalisées en dehors du parcours de soins.
- ! Les dépassements d'honoraires au-delà de la limite fixée réglementairement pour les médecins n'adhérant pas à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée.

### Principales restrictions :

- ! **Hospitalisation** : Chambre particulière : en ambulatoire : 20 €/jour. Hors ambulatoire : de 50 à 70€ /jour, limité de 30 à 60 jours par année civile selon le service.  
Frais d'accompagnant : de 20 à 40€ /jour, limité de 30 à 60 jours par année civile selon le service.
- ! **Optique** : limitation à un équipement par période de 2 ans (de date à date) réduite à 1 an pour un mineur ou en cas d'évolution de la vue.
- ! **Dentaire** : plafond par année civile sur le dentaire remboursé par le Régime Obligatoire,  
Les actes hors Classification Commune des Actes Médicaux sont exclus.
- ! **Appareillage auditif** : Forfait par oreille et par bénéficiaire. Une aide auditive tous les 4 ans par oreille de date à date.



## Où suis-je couvert ?

- ✓ En France et à l'étranger.
- ✓ Dans le cas où les soins ont été dispensés à l'étranger, le remboursement se fait sur la base de remboursement du régime d'assurance maladie obligatoire français, quelle que soit la dépense engagée.



## Quelles sont mes obligations ?

### Sous peine de suspension des garanties :

#### ▪ A l'adhésion :

- Etre affilié à un régime obligatoire d'assurance maladie français.
- Remplir avec exactitude et signer le bulletin d'adhésion.
- Fournir tous documents justificatifs demandés par la mutuelle.
- Payer la cotisation ou fraction de cotisation demandée.
- Etre fonctionnaire ou agent non titulaire de droit public ou de droit privé ou retraité des collectivités territoriales et de leurs établissements publics.
- Pour les agents actifs ou retraités, de plus de 30 ans, fournir :
  - soit le justificatif d'adhésion indiquant le montant du coefficient de majoration,
  - soit l'attestation de non-majoration de son précédent organisme assureur.

#### ▪ En cours de contrat :

- Informer la mutuelle de tout changement d'état civil, de domicile, de situation familiale, de coordonnées bancaires et de régime obligatoire d'assurance maladie dans les plus brefs délais et fournir les justificatifs nécessaires.
- Payer la cotisation ou fraction de cotisation prévue par le règlement mutualiste.

#### ▪ Pour le versement des prestations:

- Transmettre à la Mutuelle la demande de remboursement dans un délai de 2 ans maximum suivant la date des soins.
- Fournir les justificatifs nécessaires au versement des prestations.



## Quand et comment effectuer les paiements ?

Les cotisations sont payables d'avance annuellement.

Le paiement intervient selon les modalités fixées au bulletin d'adhésion.

Les paiements peuvent être effectués par prélèvements, par carte bancaire ou par chèques.

Le paiement des cotisations peut être fractionné au mois, au trimestre ou au semestre.



## Quand commence la couverture et quand prend-elle fin ?

La couverture prend effet à compter de la date fixée au bulletin d'adhésion. La couverture ne peut être rétroactive.

La couverture est annuelle et se renouvelle par tacite reconduction au 1er janvier de chaque année.

La couverture cesse à la date d'effet de la résiliation. La résiliation prend effet à l'échéance annuelle du contrat (31 décembre) ou à l'expiration d'un délai de 30 jours suivant la réception de la demande de résiliation infra-annuelle par la mutuelle (hors radiation des ayants droit) ou cas de résiliation par la mutuelle pour non-paiement des cotisations.

La couverture cesse à l'échéance annuelle du contrat lorsque les conditions d'adhésion ne sont plus remplies.

Lorsque la souscription du contrat a été réalisée intégralement à distance, vous pouvez renoncer à la couverture dans un délai de 14 jours calendaires à compter de la réception des documents contractuels.



## Comment puis-je résilier le contrat ?

Le contrat peut être résilié à son échéance annuelle (31 décembre) en envoyant une lettre recommandée avec accusé de réception avant le 31 octobre de l'année. Il peut également être résilié par tout moyen en cours d'année après expiration d'un délai d'un an à compter de la prise d'effet du niveau de garantie.

Lorsque l'avis d'échéance annuel des cotisations vous est envoyé après le 15 octobre, vous disposez d'un délai de 20 jours suivant la date d'envoi de l'avis d'échéance pour demander la résiliation de votre adhésion.

Lorsque ce droit à résiliation n'est pas porté à votre connaissance sur l'avis d'échéance annuel, vous pouvez demander la résiliation de votre adhésion, par lettre recommandée, à tout moment à compter de la date de renouvellement du contrat.

## Exemples de remboursements - Régime général - Garantie responsable

EXEMPLE	PRIX MOYEN PRATIQUÉ OU TARIF RÉGLEMENTÉ	BASE DE REMBOURSEMENT	REMBOURSEMENTS		RESTE À CHARGE	PRÉCISIONS ÉVENTUELLES	COMMENTAIRES
			DE L'ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE (AMO*)	DE L'ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE (AMC*)			
<b>HOSPITALISATION</b>							
Forfait journalier hospitalier en court séjour	20,00 €	-	0,00 €	20,00 €	0,00 €	Forfait journalier hospitalier illimité dans les établissements de santé.	Tarif réglementaire
Honoraires du chirurgien avec dépassement d'honoraires maîtrisés (adhérent à un DPTM : l'OPTAM ou l'OPTAM-CO) pour une opération chirurgicale de la cataracte	355,00 €	271,70 €	247,70 €	107,30 €	0,00 €	Une hospitalisation peut entraîner plusieurs types de frais (honoraires mais aussi séjour...). S'il est pratiqué un acte dit lourd, le patient doit s'acquitter d'une participation forfaitaire de 24 €, à sa charge ou à celle de son organisme d'assurance maladie complémentaire.	Prix moyen national de l'acte pour un oeil
Honoraires du chirurgien avec dépassement d'honoraires libres (non adhérent à un DPTM : l'OPTAM ou l'OPTAM-CO) pour une opération chirurgicale de la cataracte	431,00 €	271,70 €	247,70 €	132,68 €	50,62 €		Prix moyen national de l'acte pour un oeil
Frais de séjour en soins de courte durée	1 470,00 €	1 470,00 €	1 176,00 €	294,00 €	0,00 €	Tarif par jour. Pour les établissements non conventionnés, dans la limite du tarif d'autorité de la sécurité sociale.	Tarif en vigueur au 1er janvier 2019 aux Hospices Civils de Lyon
Chambre particulière en médecine avec nuitée	67,00 €	-	0,00 €	60,00 €	7,00 €	Tarif par jour. Hors ambulatoire. Dans la limite des tarifs signés par convention.	Prix moyen constaté en 2011 en établissement privé (source France Assos Santé - 2018)
<b>SOINS COURANTS</b>							
Consultation d'un médecin traitant généraliste sans dépassement d'honoraires	25,00 €	25,00 €	16,50 €	7,50 €	1,00 €		Tarif conventionnel
Consultation d'un médecin spécialiste en gynécologie sans dépassement d'honoraires	30,00 €	30,00 €	20,00 €	9,00 €	1,00 €		Tarif conventionnel
Consultation d'un médecin spécialiste en gynécologie avec dépassement d'honoraires maîtrisés (adhérent à un DPTM : l'OPTAM ou l'OPTAM-CO)	44,00 €	30,00 €	20,00 €	23,00 €	1,00 €	Le reste à charge comprend 1 € de participation forfaitaire à charge de l'assuré (article L.322-2 Code Sécurité sociale).	Prix moyen national de l'acte
Consultation d'un médecin spécialiste en gynécologie avec dépassement d'honoraires libres (non adhérent à un DPTM : l'OPTAM ou l'OPTAM-CO)	56,00 €	23,00 €	15,10 €	16,10 €	24,80 €		Prix moyen national de l'acte
Consultation d'un médecin spécialiste en dermatologie avec dépassement d'honoraires libres (non adhérent à un DPTM : l'OPTAM ou l'OPTAM-CO) hors parcours de soins	48,00 €	23,00 €	5,90 €	8,10 €	34,00 €	Le reste à charge comprend la participation forfaitaire de 1€, ainsi que la majoration du ticket modérateur et l'éventuelle franchise sur les dépassements d'honoraires.	Prix moyen constaté en 2018 (source SNIIRAM)
<b>DENTAIRE</b>							
Détartrage	28,92 €	28,92 €	20,24 €	8,68 €	0,00 €		Tarif conventionnel
Orthodontie remboursée par l'AMO	611,00 €	193,50 €	193,50 €	387,00 €	30,50 €	Tarif pour un semestre.	Prix moyen constaté (source Rapport à la Commission des comptes de la Sécurité sociale - Juillet 2017)
<b>Prothèse 100% santé</b>							
Couronne céramo-métallique sur incisives, canines et premières pré-molaires (prothèse 100% santé)	500,00 €	120,00 €	84,00 €	416,00 €	0,00 €		Honoraire limite de facturation
<b>Prothèse hors 100% santé - Panier honoraires maîtrisés</b>							
Couronne céramo-métallique sur deuxième pré-molaires	538,70 €	120,00 €	84,00 €	276,00 €	178,70 €	Dans la limite du plafond de la garantie.	Prix moyen national de l'acte
<b>Prothèse hors 100% santé - Panier honoraires libres</b>							
Couronne céramo-métallique sur molaires	538,70 €	107,50 €	75,25 €	247,25 €	216,20 €	Dans la limite du plafond de la garantie.	Prix moyen national de l'acte
<b>OPTIQUE</b>							
Lentilles remboursées par l'AMO	210,00 €	78,96 €	47,38 €	161,58 €	1,04 €	Dans la limite du forfait annuel.	Prix moyen constaté en 2018 (source SNIIRAM)
<b>Équipement 100% santé - classe A</b>							
Équipement optique de classe A (monture + verres) de verres unifocaux (équipement 100% santé)	125,00 €	37,50 €	22,50 €	102,50 €	0,00 €	Verres simples pour un adulte (plus de 16 ans).	Prix limite de vente
Équipement optique de classe A (monture + verres) de verres progressifs (équipement 100% santé)	210,00 €	63,00 €	37,80 €	172,20 €	0,00 €	Verres complexes pour un adulte (plus de 16 ans).	Prix limite de vente
<b>Équipement hors 100% santé - classe B</b>							
Équipement optique de classe B (monture + verres) de verres unifocaux	345,00 €	0,15 €	0,09 €	219,91 €	125,00 €	Verres simples pour un adulte (plus de 16 ans). Dans la limite des forfaits de la monture et des verres.	Prix moyen national de l'acte
Équipement optique de classe B (monture + verres) de verres progressifs	596,00 €	0,15 €	0,09 €	349,91 €	246,00 €	Verres très complexes pour un adulte (plus de 16 ans). Dans la limite des forfaits de la monture et des verres.	Prix moyen constaté en 2018 (source SNIIRAM)
<b>AIDES AUDITIVES</b>							
<b>Équipement 100% santé - classe I</b>							
Aide auditive de classe I par oreille	950,00 €	400,00 €	240,00 €	710,00 €	0,00 €	Équipement pour un adulte (plus de 20 ans).	Prix limite de vente
<b>Équipement hors 100% santé - classe II</b>							
Aide auditive de classe II par oreille	1 476,00 €	400,00 €	240,00 €	560,00 €	676,00 €	Équipement pour un adulte (plus de 20 ans).	Prix moyen national de l'acte

\* AMO : Assurance Maladie Obligatoire (part Régime Obligatoire) / AMC : Assurance Maladie Complémentaire (part Mutuelle) / BR : Base de Remboursement, tarif servant de référence à l'Assurance Maladie Obligatoire pour déterminer le montant du remboursement. Les taux de remboursement sont exprimés sur la base des taux applicables au régime général. / DPTM : Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée. OPTAM : Option Pratique Tarifaire Maîtrisée / OPTAM-CO : Option Pratique Tarifaire Maîtrisée Chirurgiens et Obstétriciens / SNIIRAM : Système National d'Information Inter-Régimes de l'Assurance Maladie.

Sous réserve de non évolution de la base de remboursement.

Exemples de remboursements donnés à titre indicatif - Document non contractuel

