

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

		Sécurité sociale incluse sauf forfait	
		IM125	BONUS INCLUS
HOSPITALISATION⁽¹⁾			
Forfait journalier hospitalier		Illimité	
Honoraires secteur conventionné DPTAM / NON DPTAM		125% BR / 105% BR	
Honoraires secteur non conventionné		100% BR	
Frais de séjour secteur conventionné		125% BR	
Frais de séjour secteur non conventionné		100% BR	
Chambre particulière (par jour) ou forfait ambulatoire		31 €	2 ^e année : 36 €
Limitation durée : médecine / soins de suite / psychiatrie		90/60/30 jours	90/60/30 jours
Frais accompagnant (par jour)		31 €	
Limitation : âge / durée		< 16 ans / 30 jours	
Forfait de 24 € sur les actes dits lourds > 120 €		FR	
Forfait Patient Urgences		FR	
Transport		125% BR	
SOINS COURANTS			
Honoraires médicaux			
Consultations et visites : généralistes, spécialistes DPTAM / NON DPTAM		125% BR / 105% BR	3 ^e année : 135%*
Radiologie, actes de spécialité, de chirurgie, actes techniques médicaux DPTAM / NON DPTAM		125% BR / 105% BR	
Honoraires paramédicaux : infirmier, kinésithérapeute, orthophoniste, orthoptiste, pédicure-podologue		125% BR	
Psychologue remboursé par le RO ⁽²⁾		100% BR	
Analyses et examens de laboratoire		125% BR	
Médicaments			
Médicaments remboursés à 65% et 30%		100% BR	
Médicaments remboursés à 15%		100% BR	
Matériel médical remboursé par le RO			
Autres prothèses (MAD, AAD, PIO, PEX, OPT) ⁽³⁾		100% BR	
Petit appareillage, pansements, accessoires (PAN, AAR, MAC, ARO, GLU, DVO) ⁽³⁾		100% BR + 33% du dépassement	
Grand appareillage (VEH, ORP, POC, PME, PII) ⁽³⁾		100% BR	
Orthopédie (COR) ⁽³⁾		100% BR	
OPTIQUE			
Un équipement (monture + 2 verres)			
Le renouvellement de la prise en charge de l'équipement s'effectue tous les 2 ans, sauf pour les enfants de moins de 16 ans ou en cas d'évolution de la vue (renouvellement annuel). La période de 2 ans (ou 1 an) s'apprécie à compter de la dernière facturation de l'équipement ayant fait l'objet d'une prise en charge de la Sécurité sociale, conformément à l'article L.165-1 du Code de la Sécurité sociale. Les montures sont limitées à 30 € en Classe A et 100 € en Classe B. La grille optique (définition des verres simples, complexes et très complexes) et les conditions de renouvellement sont détaillées dans le Règlement mutualiste.			
Panier de soins 100% Santé - Équipement Classe A y compris prestation d'adaptation de la correction, prestations d'appairage et autres suppléments dans la limite des Prix Limites de Vente (PLV)			
Monture + Verres		Aucun reste à charge	
Panier de soins libre - Équipement Classe B			
Monture + 2 verres simples		90 €	1 ^{re} année 110 €** 5 ^e année 135 €**
Monture + 1 verre simple + 1 verre complexe ou très complexe		125 €	1 ^{re} année 145 €** 5 ^e année 170 €**
Monture + 2 verres complexes ou très complexes		200 €	1 ^{re} année 220 €** 5 ^e année 245 €**
Prestation d'adaptation de la correction visuelle		100% BR	
Autres suppléments (prisme, système antipétiosis, verres iséiconiques, verres à filtre)		100% BR	
Équipement mixte	1 monture Classe A	100% FR (dans la limite des PLV)	
	2 verres Classe B	Se reporter aux forfaits « Panier de soins libre - Équipement Classe B » ci-dessus, sous déduction du remboursement de la monture Classe A	
Équipement mixte	1 monture Classe B	Se reporter aux forfaits « Panier de soins libre - Équipement Classe B » ci-dessus, sous déduction du remboursement des verres de Classe A et dans la limite de 100 €	
	2 verres Classe A	100% FR (dans la limite des PLV)	
Autres prestations optiques			
Lentilles correctrices remboursées par le RO ⁽⁴⁾		50 € / an	
Lentilles correctrices non remboursées par le RO			
Chirurgie réfractive		100 € / an	

*Le bonus est applicable uniquement pour les consultations de médecins généralistes et spécialistes signataires du DPTAM.

**Les bonus « Optique » 1^{re} et 5^e année ne se cumulent pas.

DENTAIRE		
Soins dentaires (tarif opposable)	100% BR	
Panier de soins 100% Santé - Prothèses dentaires dans la limite des Prix Limites de Vente (PLV)	Aucun reste à charge	
Panier de soins modéré et libre - Prise en charge selon les prestations définies ci-dessous dans la limite des PLV pour le panier modéré		
Inlay onlay	150% BR	
Inlay core	150% BR	
Prothèses dentaires remboursées par le RO	150% BR	
Prothèses dentaires non remboursées par le RO Implantologie (implant + pilier) Parodontologie non remboursée par le RO	100 € / an	4 ^e année : 150 € (hors parodontologie non remboursée)
Orthodontie remboursée par le RO	150% BR	
Plafond dentaire (hors soins, panier de soins 100% santé et actes non remboursés par le RO) ⁽⁵⁾	1 200 € / an	

AIDES AUDITIVES		
Le renouvellement de la prise en charge des aides auditives s'effectue tous les 4 ans (par oreille). La période de 4 ans s'apprécie à compter de la dernière facturation d'un appareil ayant fait l'objet d'une prise en charge par la Sécurité sociale. Pendant 4 ans, le suivi est assuré par votre audioprothésiste, à raison d'au moins une séance tous les 6 mois au-delà de la première année. Lors de ces séances, l'audioprothésiste vérifie l'efficacité de l'aide auditive, effectue les réglages et l'entretien nécessaires. Les aides auditives de Classe II sont limitées à 1700 € par oreille (hors prestations annexes telles que les consommables, piles et accessoires).		
Panier de soins 100% Santé - dans la limite des Prix Limites de Vente (PLV)		
Aides auditives de Classe I	Aucun reste à charge	
Panier de soins libre		
Aides auditives de Classe II remboursées par le RO dont piles, accessoires, frais de réparation	100% BR	
Forfait prothèses auditives limité à 1 forfait par oreille tous les 4 ans	260 €	

PRÉVENTION		
Diététicien, ostéopathe, homéopathe, médecin-acupuncteur, chiropracteur, pédicure-podologue ⁽⁶⁾ ; étiope ⁽⁷⁾	110 € par an et par bénéficiaire	
Vaccins prescrits non remboursés par le RO		
Contraception		
Sevrage tabagique		
Cures Thermales prises en charge par le RO		
Frais d'établissement et d'honoraires	100% BR	
Frais de transport et d'hébergement	100 € / an	
Examen de la densitométrie osseuse	125% BR	
Vaccin anti-grippe	20 € / an	
Actes de prévention remboursés par le RO	100% BR	

GARANTIES +		
Maternité	6 mois de cotisations offertes pour le nouveau né	
Allocation obsèques (délai de carence de 9 mois)	200 €	
Participation activités sportives ou intellectuelles	35 € / an, limitée à 2 bénéficiaires par contrat	

SERVICES		
Assistance	oui	
Téléconsultation : Contacter un médecin 24h/24, 7j/7	oui	
Tiers Payant	oui	
Action sociale (sous condition d'acceptation du dossier par la commission)	oui	
Protection Juridique Santé	oui	
Bilan retraite complet à partir de 55 ans ⁽⁸⁾	Offert	

POUR MIEUX VOUS REMBOURSER, DES BONUS FIDÉLITÉ QUI :

• améliorent vos remboursements année après année

• se cumulent tout au long de votre contrat

CHAQUE ANNÉE PASSÉE À NOS CÔTÉS = UN NOUVEAU BONUS FIDÉLITÉ

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

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

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

(1) Hospitalisation : Les longs séjours (unités de soins pour long séjour) et les établissements médico-sociaux (maisons d'accueil spécialisées par exemple) sont exclus.
(2) Prise en charge des psychologues conventionnés au dispositif « Mon Soutien Psy ». Plus d'informations sur : <https://www.info.gouv.fr/>
(3) Codes actes correspondant à ceux de la Sécurité sociale.
(4) Prise en charge à minima à hauteur de 100% BR.
(5) Au-delà du plafond, les actes remboursés par le RO seront pris en charge à hauteur de 100% BR.
(6) Pour des actes réalisés par un praticien disposant d'un numéro ADELI dans la discipline ou un médecin disposant d'une orientation particulière à la discipline.
(7) Pour des actes réalisés par un étiope enregistré au répertoire national des étiopes.
(8) Suivi et accompagnement sur une durée maximum de 2 ans, hors régimes spéciaux.

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

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

RÉGIME GÉNÉRAL				IM125	
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)	20,00 € (15,00 € en service psychiatrique)	0,00 €	0,00 €	20,00 € (15,00 € en service psychiatrique)	0,00 €
Chambre particulière (sur demande du patient)	Non connu	Non remboursée	0,00 €	31,00 €	Selon 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				
Frais de séjour en secteur privé	838,98 €	838,98 €	814,98 €	24,00 €	0,00 €
Honoraires médecins adhérents OPTAM ou OPTAM-CO	Dépassements maîtrisés				
Opération en secteur privé : honoraires chirurgien	443,00 €	271,70 €	271,70 €	67,93 €	103,38 €
Honoraires médecins secteur 2 (non adhérents OPTAM ou OPTAM-CO)	Honoraires libres				
Opération en secteur privé : honoraires chirurgien	486,00 €	271,70 €	271,70 €	13,59 €	200,72 €
Séjours sans actes lourds - L'hôpital public inclut la rémunération des praticiens dans les frais de séjour, alors que leurs honoraires sont facturés séparément dans le secteur privé					
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				
Frais de séjour en secteur public	3 754,00 €	3 754,00 €	3 003,20 €	750,80 €	0,00 €
SOINS COURANTS					
Honoraires médecins secteur 1 (généralistes ou spécialistes)	Tarif de convention				
Consultation médecin traitant généraliste pour un patient de plus de 18 ans	30,00 €	30,00 €	19,00 €	9,00 €	2,00 €
Consultation pédiatre pour un enfant de 6 ans	35,00 €	35,00 €	24,50 €	10,50 €	0,00 €
Consultation médecin spécialiste pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie, obstétrique, ophtalmologie, dermatologie...)	40,00 €	40,00 €	26,00 €	12,00 €	2,00 €
Honoraires médecins adhérents OPTAM ou OPTAM-CO	Dépassements maîtrisés				
Consultation pédiatre pour enfant de moins de 6 ans	50,00 €	35,00 €	24,50 €	19,25 €	6,25 €
Consultation médecin spécialiste pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie, obstétrique, ophtalmologie, dermatologie...)	53,00 €	40,00 €	26,00 €	22,00 €	5,00 €
Honoraires médecins secteur 2 (non adhérents OPTAM ou OPTAM-CO)	Honoraires libres				
Consultation pédiatre pour un enfant de 2 à 16 ans	62,00 €	23,00 €	16,10 €	8,05 €	37,85 €
Consultation médecin spécialiste pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie, obstétrique, ophtalmologie, dermatologie...)	66,00 €	23,00 €	14,10 €	8,05 €	43,85 €
Matériel médical	Tarif moyen facturé				
Achat d'une paire de béquilles	26,71 €	24,40 €	14,64 €	9,76 €	2,31 €

RÉGIME GÉNÉRAL				IM125	
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
DENTAIRE					
Soins et prothèses 100% santé (dans la limite des prix limites de vente)	Honoraire limite de facturation (HLF)				
Pose d'une couronne céramo-métallique sur incisives, canines et premières prémolaires	515,00 €	120,00 €	72,00 €	443,00 €	0,00 €
Soins (hors 100% santé)	Tarif de convention				
Détartrage	43,38 €	43,38 €	26,03 €	17,35 €	0,00 €
Prothèses (hors 100% santé)	Prix moyen national				
Couronne céramo-métallique sur molaires	561,99 €	120,00 €	72,00 €	108,00 €	381,99 €
Orthodontie (moins de 16 ans)	Prix moyen national				
Traitement par semestre (6 max)	714,10 €	193,50 €	193,50 €	96,75 €	423,85 €
OPTIQUE					
Équipement 100% santé - Classe A (dans la limite des prix limites de vente)	Prix limites de vente				
Verres simples et monture	42,50 € / verre Monture : 30,00 €	12,75 € / verre Monture : 9,00 €	20,70 €	94,30 €	0,00 €
Verres progressifs et monture	90,00 € / verre Monture : 30,00 €	27,00 € / verre Monture : 9,00 €	37,80 €	172,20 €	0,00 €
Équipement hors 100% santé - Classe B	Prix moyen national				
Verres simples et monture	112,00 € / verre Monture : 148,00 €	0,05 € /verre Monture : 0,05 €	0,09 €	90,00 €	281,91 €
Verres progressifs et monture	246,00 € / verre Monture : 148,00 €	0,05 € /verre Monture : 0,05 €	0,09 €	200,00 €	439,91 €
Lentilles (non remboursées par le RO)	Prix moyen national				
Forfait annuel	Non connu	Non remboursé		50,00 €	Selon frais engagés
Chirurgie réfractive	Prix moyen national				
Opération corrective de la myopie	Non connu	Non remboursée		100,00 €	Selon frais engagés
AIDES AUDITIVES					
Équipement 100% santé (dans la limite des prix limites de vente)	Prix limites de vente				
Par oreille pour un patient de plus de 20 ans	950,00 €	400,00 €	240,00 €	710,00 €	0,00 €
Équipement hors 100% santé	Prix moyen national				
Par oreille pour un patient de plus de 20 ans	1 515,00 €	400,00 €	240,00 €	420,00 €	855,00 €

RO : Régime Obligatoire

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

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

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

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

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

RÉGIME ALSACE-MOSELLE				IM125	
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)	20,00 € (15,00 € en service psychiatrique)	0,00 €	20,00 € (15,00 € en service psychiatrique)	0,00 €	0,00 €
Chambre particulière (sur demande du patient)	Non connu	Non remboursée	Non remboursée	31,00 €	Selon 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				
Frais de séjour en secteur privé	838,98 €	838,98 €	838,98 €	0,00 €	0,00 €
Honoraires médecins adhérents OPTAM ou OPTAM-CO	Dépassements maitrisés				
Opération en secteur privé : honoraires chirurgien	443,00 €	271,70 €	271,70 €	67,93 €	103,38 €
Honoraires médecins secteur 2 (non adhérents OPTAM ou OPTAM-CO)	Honoraires libres				
Opération en secteur privé : honoraires chirurgien	486,00 €	271,70 €	271,70 €	13,59 €	200,72 €
Séjours sans actes lourds - L'hôpital public inclut la rémunération des praticiens dans les frais de séjour, alors que leurs honoraires sont facturés séparément dans le secteur privé					
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				
Frais de séjour en secteur public	3 754,00 €	3 754,00 €	3 754,00 €	0,00 €	0,00 €
SOINS COURANTS					
Honoraires médecins secteur 1 (généralistes ou spécialistes)	Tarif de convention				
Consultation médecin traitant généraliste pour un patient de plus de 18 ans	30,00 €	30,00 €	25,00 €	3,00 €	2,00 €
Consultation pédiatre pour un enfant de 6 ans	35,00 €	35,00 €	31,50 €	3,50 €	0,00 €
Consultation médecin spécialiste pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie, obstétrique, ophtalmologie, dermatologie...)	40,00 €	40,00 €	34,00 €	4,00 €	2,00 €
Honoraires médecins adhérents OPTAM ou OPTAM-CO	Dépassements maitrisés				
Consultation pédiatre pour enfant de moins de 6 ans	50,00 €	35,00 €	31,50 €	12,25 €	6,25 €
Consultation médecin spécialiste pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie, obstétrique, ophtalmologie, dermatologie...)	53,00 €	40,00 €	34,00 €	14,00 €	5,00 €
Honoraires médecins secteur 2 (non adhérents OPTAM ou OPTAM-CO)	Honoraires libres				
Consultation pédiatre pour un enfant de 2 à 16 ans	62,00 €	23,00 €	20,70 €	3,45 €	37,85 €
Consultation médecin spécialiste pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie, obstétrique, ophtalmologie, dermatologie...)	66,00 €	23,00 €	18,70 €	3,45 €	43,85 €
Matériel médical	Tarif moyen facturé				
Achat d'une paire de béquilles	26,71 €	24,40 €	21,96 €	2,44 €	2,31 €

RÉGIME ALSACE-MOSELLE				IM125	
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
DENTAIRE					
Soins et prothèses 100% santé (dans la limite des prix limites de vente)	Prix limites de vente				
Pose d'une couronne céramo-métallique sur incisives, canines et premières prémolaires	515,00 €	120,00 €	108,00 €	407,00 €	0,00 €
Soins (hors 100% santé)	Tarif de convention				
Détartrage	43,38 €	43,38 €	39,04 €	4,34€	0,00 €
Prothèses (hors 100% santé)	Prix moyen national				
Couronne céramo-métallique sur molaires	561,99 €	120,00 €	108,00 €	72,00 €	381,99 €
Orthodontie (moins de 16 ans)	Prix moyen national				
Traitement par semestre (6 max)	714,10 €	193,50 €	193,50 €	96,75 €	423,85 €
OPTIQUE					
Équipement 100% santé - Classe A (dans la limite des prix limites de vente)	Prix limites de vente				
Verres simples et monture	42,50 € / verre Monture : 30,00 €	12,75 € / verre Monture : 9,00 €	31,05 €	83,95 €	0,00 €
	90,00 € / verre Monture : 30,00 €	27,00 € / verre Monture : 9,00 €	56,70 €	153,30 €	0,00 €
Verres progressifs et monture	Prix moyen national				
Verres simples et monture	112,00 € / verre Monture : 148,00 €	0,05 € / verre Monture : 0,05 €	0,14 €	90,00 €	281,87 €
	246,00 € / verre Monture : 148,00 €	0,05 € / verre Monture : 0,05 €	0,14 €	200,00 €	439,87 €
Verres progressifs et monture	Prix moyen national				
Lentilles (non remboursées par le RO)	Non connu	Non remboursé		50,00 €	Selon frais engagés
Chirurgie réfractive	Prix moyen national				
Opération corrective de la myopie	Non connu	Non remboursée		100,00 €	Selon frais engagés
AIDES AUDITIVES					
Équipement 100% santé (dans la limite des prix limites de vente)	Prix limites de vente				
Par oreille pour un patient de plus de 20 ans	950,00 €	400,00 €	360,00 €	590,00 €	0,00 €
Équipement hors 100% santé	Prix moyen national				
Par oreille pour un patient de plus de 20 ans	1 515,00 €	400,00 €	360,00 €	300,00 €	855,00 €

RO : Régime Obligatoire

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

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

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

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