

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. 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		
	FORM'1	Non responsable	
		RENFORM'1	RENFORM'2
<b>HOSPITALISATION<sup>(1)</sup></b>			
Forfait journalier hospitalier	100% FR	-	-
Honoraires secteur conventionné DPTAM / NON DPTAM	100% BR / 100% BR	+ 70% BR / + 70% BR	+ 100% BR / + 100% BR
Frais de séjour secteur conventionné	100% BR	-	-
Chambre particulière (Forfait nuit)*	30 €	+ 30 €	+ 50 €
Chambre particulière (Forfait ambulatoire - non cumulable avec le forfait nuit)*		-	-
<b>*Limitation durée : médecine / soins de suite / psychiatrie</b>	90/60/30 jours	90/60/30 jours	90/60/30 jours
Frais accompagnant (par jour)	15 €	-	+ 20 €
Forfait de 24 € sur les actes dits lourds > 120 €	FR	-	-
Forfait Patient Urgences	FR	-	-
Transport	100% BR	-	-
<b>SOINS COURANTS</b>			
<b>Honoraires médicaux</b>			
Consultations et visites : généralistes DPTAM / NON DPTAM	100% BR / 100% BR	+ 50% BR / + 50% BR	+ 75% BR / + 75% BR
Consultations et visites : spécialistes DPTAM / NON DPTAM	100% BR / 100% BR	- / + 70% BR	- / + 100% BR
Radiologie, actes de spécialité, de chirurgie, actes techniques médicaux DPTAM / NON DPTAM	100% BR / 100% BR	+ 70% BR / + 70% BR	+ 100% BR / + 100% BR
Honoraires paramédicaux : infirmier, kinésithérapeute, orthophoniste, orthoptiste, pédicure-podologue	100% BR	-	-
Psychologue remboursé par le RO <sup>(2)</sup>	100% BR	100% BR	100% BR
Analyses et examens de laboratoire	100% BR	-	-
<b>Médicaments</b>			
Médicaments remboursés à 65% et 30%	100% BR	-	-
Médicaments et préparations magistrales prescrits et non remboursés par le RO	-	+ 30 € / an	+ 40 € / an
<b>Matériel médical remboursé par le RO</b>			
Petit et grand appareillage (hors aides auditives)	100% BR	-	-
<b>OPTIQUE</b>			
<b>Un équipement (monture + 2 verres)</b>			
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.			
<b>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)</b>			
Monture	Aucun reste à charge	-	-
Verres	Aucun reste à charge	-	-
<b>Panier de soins libre - Équipement Classe B</b>			
Monture	50 €	+ 50 €	+ 100 €
2 verres simples	50 €	+ 50 €	+ 100 €
1 verre simple + 1 verre complexe ou très complexe	100 €	+ 50 €	+ 100 €
2 verres complexes ou très complexes	150 €	+ 100 €	+ 150 €
Prestation d'adaptation de la correction visuelle	100% BR	-	-
Autres suppléments (prisme, système antiphotos, verres iséioniques, verres à filtre)	100% BR	-	-
<b>Équipements mixtes (Monture Classe A + Verres Classe B) ou (Monture Classe B + Verres Classe A)</b>			
Équipement de Classe A	100% FR (dans la limite des PLV)	-	-
Équipement de Classe B	Se reporter aux forfaits « Panier de soins libre - Équipement Classe B »	-	-
<b>Autres prestations optiques</b>			
Lentilles correctrices remboursées par le RO <sup>(3)</sup>	100% BR	-	-
Chirurgie réfractive	-	+ 50 € / œil / an	+ 150 € / œil / an

		Sécurité sociale incluse sauf forfait	
		FORM'1	Non responsable
		RENFORM'1	RENFORM'2
DENTAIRE			
Soins dentaires (tarif opposable)	100% BR	-	-
<b>Panier de soins 100% Santé - Prothèses dentaires dans la limite des Prix Limites de Vente (PLV)</b>	Aucun reste à charge	-	-
<b>Panier de soins modéré - Prise en charge selon les prestations définies ci-dessous dans la limite des PLV pour le panier modéré</b>			
Autres prothèses dentaires remboursées par le RO	100% BR	-	+ 50% BR
<b>Panier de soins libre - Prise en charge selon les prestations définies ci-dessous</b>			
Inlay onlay	100% BR	-	-
Autres prothèses dentaires remboursées par le RO	100% BR	-	+ 100% BR
Orthodontie remboursée par le RO	100% BR	-	+ 100% BR
Implants (limitée à 3 / an)	-	+ 100 € / implant	+ 200 € / implant
Plafond dentaire (hors soins, panier de soins 100% santé et actes non remboursés par le RO) <sup>(4)</sup>	-	-	2 000 € / an
AIDES AUDITIVES			
<b>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).</b>			
<b>Panier de soins 100% Santé - dans la limite des Prix Limites de Vente (PLV)</b>			
Aides auditives de Classe I	Aucun reste à charge	-	-
<b>Panier de soins libre</b>			
Aides auditives de Classe II remboursées par le RO	100% BR	-	-
Piles et accessoires remboursés par le RO	100% BR	-	-
PRÉVENTION			
Diététicien, ostéopathe, homéopathe, médecin-acupuncteur, chiropracteur, pédicure-podologue <sup>(5)</sup> ; étio-pathe <sup>(6)</sup> ; hypnothérapeute <sup>(7)</sup>	15 € / séance 3 séances / an	-	+ 10 € / séance
<b>Cures Thermales prises en charge par le RO</b>			
Frais d'établissement et d'honoraires	100% BR	-	-
Frais de transport et d'hébergement	-	+ 100 € / an	+ 100 € / an
Vaccin anti-grippe	20 € / an	-	-
Actes de prévention remboursés par le RO	100% BR	-	-
GARANTIES +			
Allocation obsèques (délai de carence de 9 mois)	500 €	-	-
<b>Participation activités sportives ou intellectuelles</b>	35 € / an, limitée à 2 bénéficiaires par contrat	-	-
SERVICES			
Assistance	oui	-	-
Tiers Payant	oui	-	-
Téléconsultation : contacter un médecin 24h/24, 7j/7	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 <sup>(8)</sup>	Offert	-	-

**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 et EPHAD par exemples) sont exclus.**

**(2) Prise en charge des psychologues conventionnés au dispositif « Mon Soutien Psy ».** Plus d'informations sur : <https://www.info.gouv.fr/>

**(3) Prise en charge à minima à hauteur de 100% BR.**

**(4) Au-delà du plafond, les actes remboursés par le RO seront pris en charge à hauteur de 100% BR.**

**(5) 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.**

**(6) Pour des actes réalisés par un étio-pathe enregistré au répertoire national des étio-pathes.**

**(7) Pour des actes réalisés par un professionnel de santé détenant un numéro ADELI voire RPPS ayant suivi une formation complémentaire pour cette discipline.**

**(8) Suivi et accompagnement sur une durée maximum de 2 ans, hors régimes spéciaux.**

Les cotisations sont fonction du régime d'assurance obligatoire, de la composition familiale et de l'âge des bénéficiaires. L'âge est déterminé par différence de millésime. Gratuité à partir du 3<sup>e</sup> enfant.

## IDENTITÉS MUTUELLE

Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du code de la mutualité • SIREN 379 655 541

Siège social : 24 boulevard de Courcelles • 75017 PARIS • [www.identites-mutuelle.com](http://www.identites-mutuelle.com)

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				FORM'1		RENFORM'1 Non responsable		RENFORM'2 Non responsable	
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	Remboursement assurance maladie complémentaire (AMC)	Reste à charge	Remboursement assurance maladie complémentaire (AMC)	Reste à charge
<b>HOSPITALISATION</b>									
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 €	30,00 €	Selon frais engagés	30,00 €	Selon frais engagés	50,00 €	Selon frais engagés
<b>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</b>									
<i>Exemple d'une opération chirurgicale de la cataracte, en secteur privé</i>									
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 €	0,00 €	171,30 €	171,30 €	0,00 €	171,30 €	0,00 €
Honoraires médecins secteur 2 (non adhérents OPTAM ou OPTAM-CO)	Honoraires libres								
Opération en secteur privé : honoraires chirurgien	486,00 €	271,70 €	271,70 €	0,00 €	214,30 €	190,19 €	24,11 €	214,30 €	0,00 €
<b>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</b>									
<i>Exemple d'un suivi d'une pneumonie ou pleurésie pour un patient de plus de 17 ans, en hôpital public</i>									
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 €				
<b>SOINS COURANTS</b>									
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 €	Renfort mais montant de prise en charge atteint			
Consultation pédiatre pour un enfant de 2 à 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 €	10,50 €	15,00 €				
Consultation médecin spécialiste pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie, obstétrique, ophtalmologie, dermatologie ...)	53,00 €	40,00 €	26,00 €	12,00 €	15,00 €				
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 €	6,90 €	39,00 €	23,00 €	22,90 €	29,90 €	16,00 €
Consultation médecin spécialiste pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie, obstétrique, ophtalmologie, dermatologie ...)	66,00 €	23,00 €	14,10 €	6,90 €	45,00 €	23,00 €	28,90 €	29,90 €	22,00 €
Matériel médical	Tarif moyen facturé								
Achat d'une paire de béquilles	26,71 €	24,40 €	14,64 €	9,76 €	2,31 €				

RÉGIME GÉNÉRAL				FORM'1		RENFORM'1 Non responsable		RENFORM'2 Non responsable	
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	Remboursement assurance maladie complémentaire (AMC)	Reste à charge	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 €	72,00 €	443,00 €	0,00 €				
Soins (hors 100% santé)	Tarif de convention								
Détartrage	43,38 €	43,38 €	26,05 €	17,35 €	0,00 €				
Prothèses (hors 100% santé)	Prix moyen national								
Couronne céramo-métallique sur molaires	561,99 €	120,00 €	72,00 €	48,00 €	441,99 €			168,00 €	321,99 €
Orthodontie (moins de 16 ans)	Prix moyen national								
Traitement par semestre (6 max)	714,00 €	193,50 €	193,50 €	0,00 €	520,50 €			193,50 €	327,00 €
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 €	100,00 €	271,91 €	100,00 €	171,91 €	191,97 €	79,94 €
Verres progressifs et monture	246,00 € / verre Monture : 148,00 €	0,05 € / verre Monture : 0,05 €	0,09 €	200,00 €	439,91 €	150,00 €	289,91 €	247,97 €	191,94 €
Lentilles (non remboursées par le RO)	Prix moyen national								
Forfait annuel	Non connu	Non remboursé	0,00 €	0,00 €	Selon frais engagés				
Chirurgie réfractive	Prix moyen national								
Opération corrective de la myopie	Non connu	Non remboursée	0,00 €	0,00 €	Selon frais engagés	50,00 €	Selon frais engagés	150,00 €	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 €	160,00 €	1 115,00 €				

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				FORM'1		RENFORM'1 Non responsable		RENFORM'2 Non responsable	
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	Remboursement assurance maladie complémentaire (AMC)	Reste à charge	Remboursement assurance maladie complémentaire (AMC)	Reste à charge
<b>HOSPITALISATION</b>									
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	30,00 €	Selon frais engagés	30,00 €	Selon frais engagés	50,00 €	Selon frais engagés
<b>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</b>									
<b>Exemple d'une opération chirurgicale de la cataracte, en secteur privé</b>									
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 maîtrisés								
Opération en secteur privé : honoraires chirurgien	443,00 €	271,70 €	271,70 €	0,00 €	171,30 €	171,30 €	0,00 €	171,30 €	0,00 €
Honoraires médecins secteur 2 (non adhérents OPTAM ou OPTAM-CO)	Honoraires libres								
Opération en secteur privé : honoraires chirurgien	486,00 €	271,70 €	271,70 €	0,00 €	214,30 €	190,19 €	24,11 €	214,30 €	0,00 €
<b>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</b>									
<b>Exemple d'un suivi d'une pneumonie ou pleurésie pour un patient de plus de 17 ans, en hôpital public</b>									
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 €				
<b>SOINS COURANTS</b>									
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 €	Renfort mais montant de prise en charge atteint			
Consultation pédiatre pour un enfant de 2 à 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 maîtrisés								
Consultation pédiatre pour enfant de moins de 6 ans	50,00 €	35,00 €	31,50 €	3,50 €	15,00 €				
Consultation médecin spécialiste pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie, obstétrique, ophtalmologie, dermatologie ...)	53,00 €	40,00 €	34,00 €	4,00 €	15,00 €				
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 €	2,30 €	39,00 €	18,40 €	22,90 €	25,30 €	16,00 €
Consultation médecin spécialiste pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie, obstétrique, ophtalmologie, dermatologie ...)	66,00 €	23,00 €	19,70 €	2,30 €	45,00 €	18,40 €	27,90 €	25,30 €	21,00 €
Matériel médical	Tarif moyen facturé								
Achat d'une paire de béquilles	26,71 €	24,40 €	21,96 €	2,44 €	2,31 €				

RÉGIME ALSACE-MOSELLE				FORM'1		RENFORM'1 Non responsable		RENFORM'2 Non responsable	
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	Remboursement assurance maladie complémentaire (AMC)	Reste à charge	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 €	12,00 €	441,99 €			132,00 €	321,99 €
Orthodontie (moins de 16 ans)	Prix moyen national								
Traitement par semestre (6 max)	714,00 €	193,50 €	193,50 €	0,00 €	520,50 €			193,50 €	327,00 €
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	12,75 € / verre	31,05 €	83,95 €	0,00 €				
	Monture : 30,00 €	Monture : 9,00 €							
Verres progressifs et monture	90,00 € / verre	27,00 € / verre	56,70 €	153,30 €	0,00 €				
	Monture : 30,00 €	Monture : 9,00 €							
Équipement hors 100% santé - Classe B	Prix moyen national								
Verres simples et monture	112,00 € / verre	0,05 € / verre	0,14 €	100,00 €	271,87 €	100,00 €	171,87 €	197,96 €	73,91 €
	Monture : 148,00 €	Monture : 0,05 €							
Verres progressifs et monture	246,00 € / verre	0,05 € / verre	0,14 €	200,00 €	439,87 €	150,00 €	289,87 €	247,96 €	191,91 €
	Monture : 148,00 €	Monture : 0,05 €							
Lentilles (non remboursées par le RO)	Prix moyen national								
Forfait annuel	Non connu	Non remboursé	0,00 €	0,00 €	Selon frais engagés				
Chirurgie réfractive	Prix moyen national								
Opération corrective de la myopie	Non connu	Non remboursée	0,00 €	0,00 €	Selon frais engagés	50,00 €	Selon frais engagés	150,00 €	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 €	40,00 €	1 115,00 €				

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/>).