

La prise en charge des frais en secteur non conventionné est calculée sur la base de remboursement reconstituée du secteur conventionné. Les prestations sont exprimées en pourcentage de la base de remboursement de la Sécurité sociale ou en euros. Les remboursements en pourcentage incluent le remboursement du régime obligatoire. Les remboursements sont limités aux frais réels engagés. Les franchises médicales et les participations forfaitaires sont laissées à la charge du patient. Les remboursements hors parcours de soins ne prennent pas en charge la majoration du TM et les dépassements d'honoraires autorisés sur les actes cliniques et techniques dont les montants sont fixés par décret. L'ensemble des forfaits est appliqué par année civile et par bénéficiaire sauf mention contraire.

	Sécurité sociale incluse sauf forfait	
	G1150	G1200
HOSPITALISATION		
Forfait journalier hospitalier ⁽¹⁾	FR	FR
Honoraires secteur conventionné	175% BR	250% BR
Honoraires secteur non conventionné	135% BR	175% BR
Frais de séjour secteur conventionné	100% BR	200% BR
Frais de séjour secteur non conventionné	100% BR	150% BR
Chambre particulière (par nuit)	45 €	70 €
Limitation durée : médecine / soins de suite / psychiatrie	90/60/30 jours	90/60/30 jours
Forfait ambulatoire (jour)	20 €	30 €
Frais accompagnant (hors ambulatoire)	25 €	40 €
Limitation : âge / durée	< 16 ans / 30 jours	< 16 ans / 30 jours
Forfait de 24 € sur les actes dits lourds > 120 €	FR	FR
Transport	100% BR	160% BR
SOINS COURANTS		
Honoraires médicaux		
Consultations, Visites, Généralistes conventionnés ou non	135% BR	175% BR
Consultations, Visites, Spécialistes conventionnés ou non	175% BR	220% BR
Radiologie, actes de spécialité, de chirurgie, actes techniques médicaux	175% BR	220% BR
Honoraires paramédicaux : infirmier, kinésithérapeute, orthophoniste, orthoptiste, pédicure-podologue, masseurs-kinésithérapeutes	125% BR	160% BR
Analyses et examens de laboratoire	125% BR	160% BR
Médicaments		
Médicaments remboursés par le RO	100% BR	100% BR
Médicaments prescrits non remboursés	35 €	60 €
Matériel médical remboursé par le RO		
Autres prothèses (MAD, AAD, PIO, PEX, OPT) ⁽²⁾	100 €	200 €
Orthopédie (COR, DVO) ⁽²⁾	100% BR	200% BR
OPTIQUE		
Équipement LUNETTES : FORFAIT tous les 2 ans ⁽³⁾	250 €	450 €
Lentilles remboursées ou non par le RO	100 €	150 €
Chirurgie réfractive / œil	150 €	300 €
DENTAIRE		
Soins dentaires, parodontologie	100% BR	150% BR
Inlay onlay, endodontie	150% BR	200% BR
Inlay Core	175% BR	250% BR
Prothèses dentaires remboursées par le RO	200% BR	350% BR
Prothèses dentaires non remboursées par le RO	100 €	250 €
Implantologie (max. 2 par an)	150 € / implant	300 € / implant
Orthodontie remboursée par le RO	150% BR	200% BR
<i>Plafond dentaire pour les prothèses, orthodontie remboursées par le RO et les Inlay Core</i>	1 500 €	2 200 €
AIDES AUDITIVES		
Prothèses auditives (PAU) ⁽²⁾ dont piles, frais de réparation audioprothèses (forfait par oreille)	150% BR	150% BR + 350 €
PREVENTION		
Diététicien, ostéopathe, homéopathe, médecin-acupuncteur, chiropracteur, pédicure-podologue ⁽⁴⁾ , étiope ⁽⁵⁾	25 € / 3 séances / an	35 € / 4 séances / an
Vaccins prescrits non remboursés par le RO	30 €	40 €
Contraception	30 €	45 €
Sevrage tabagique	20 €	30 €
Cures Thermales prises en charge par le RO		
Frais d'établissement et d'honoraires	125% BR	150% BR
Frais de transport et d'hébergement	100 €	150 €
Examen de la densitométrie osseuse non remboursé par le RO (tous les 3 ans)	20 €	35 €
Vaccin anti-grippe	20 €	20 €
Actes de prévention remboursés par le RO	100% BR	100% BR
GARANTIES +		
Maternité - Prime (par enfant)	200 €	400 €
Participation activités sportives ou intellectuelles	35 € / an, limitée à 2 bénéficiaires par contrat	
SERVICES		
Assistance	oui	oui
Téléconsultation : Contacter un médecin 24h/24, 7j/7	oui	oui
Tiers Payant	oui	oui
Action sociale (sous condition d'acceptation du dossier par la commission)	oui	oui
Bilan retraite complet à partir de 55 ans ⁽⁶⁾	Offert	

BR : Base de remboursement - RO : Régime Obligatoire - FR : Frais Réels - TM : Ticket modérateur.

(1) Les longs séjours (unités de soins pour longs séjours) et les établissements médico-sociaux (MAS par exemple) sont exclus.

(2) Codes actes correspondant à ceux de la Sécurité sociale.

(3) Tous les 2 ans sauf mineur de moins de 18 ans ou en cas d'évolution de la vue (1 an).

(4) Pour des actes réalisés par un praticien disposant d'un numéro ADEL dans la discipline ou un médecin disposant d'une orientation particulière à la discipline.

(5) Pour des actes réalisés par un étiope enregistré au répertoire national des étiope.

(6) 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				G1150		G1200	
Contrat d'assurance santé	Tarif le plus souvent facturé, ou tarif réglementé	Base de remboursement de la Sécurité sociale (BR) ⁽²⁾	Remboursement assurance maladie obligatoire (AMO)	Remboursement assurance maladie complémentaire (AMC)	Reste à charge	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 €	20,00 € (15,00 € en service psychiatrique)	0,00 €
Chambre particulière (sur demande du patient)	Non connu	Non remboursée	Non remboursée	45,00 €	Selon frais engagés	70,00 €	Selon frais engagés
<i>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</i>							
<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	745,54 €	745,54 €	721,54 €	24,00 €	0,00 €	24,00 €	0,00 €
Honoraires médecins adhérents OPTAM ou OPTAM-CO	Dépassements maîtrisés						
Opération en secteur privé : honoraires chirurgien	355,00 €	271,70 €	271,70 €	83,30 €	0,00 €	83,30 €	0,00 €
Honoraires médecins secteur 2 (non adhérents OPTAM ou OPTAM-CO)	Honoraires libres						
Opération en secteur privé : honoraires chirurgien	447,00 €	271,70 €	271,70 €	175,30 €	0,00 €	175,30 €	0,00 €
<i>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</i>							
<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	3 270,12 €	3 270,12 €	2 616,10 €	654,02 €	0,00 €	654,02 €	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	25,00 €	25,00 €	16,50 €	7,50 €	1,00 €	7,50 €	1,00 €
Consultation pédiatre pour un enfant de 6 ans	32,00 €	32,00 €	22,40 €	9,60 €	0,00 €	9,60 €	0,00 €
Consultation médecin spécialiste pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie, ophtalmologie, dermatologie...)	30,00 €	30,00 €	20,00 €	9,00 €	1,00 €	9,00 €	1,00 €
Honoraires médecins adhérents OPTAM ou OPTAM-CO	Dépassements maîtrisés						
Consultation pédiatre pour enfant de moins de 6 ans	32,00 €	32,00 €	22,40 €	9,60 €	0,00 €	9,60 €	0,00 €
Consultation médecin spécialiste pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie, ophtalmologie, dermatologie...)	44,00 €	30,00 €	20,00 €	23,00 €	1,00 €	23,00 €	1,00 €
Honoraires médecins secteur 2 (non adhérents OPTAM ou OPTAM-CO)	Honoraires libres						
Consultation pédiatre pour un enfant de 2 à 16 ans	55,00 €	23,00 €	16,10 €	24,15 €	14,75 €	34,50 €	4,40 €
Consultation médecin spécialiste pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie, ophtalmologie, dermatologie...)	57,00 €	23,00 €	15,10 €	24,15 €	17,75 €	34,50 €	7,40 €
Matériel médical	Prix moyen national						
Achat d'une paire de béquilles	25,80 €	24,40 €	14,64 €	9,76 €	1,40 €	11,16 €	0,00 €

RÉGIME GÉNÉRAL				GI150		GI200	
Contrat d'assurance santé	Tarif le plus souvent facturé, ou tarif réglementé	Base de remboursement de la Sécurité sociale (BR) ⁽¹⁾	Remboursement assurance maladie obligatoire (AMO)	Remboursement assurance maladie complémentaire (AMC)	Reste à charge	Remboursement assurance maladie complémentaire (AMC)	Reste à charge
DENTAIRE							
Soins	Tarif de convention						
Détartrage	43,38 €	43,38 €	30,36 €	13,02 €	0,00 €	13,02 €	0,00 €
Prothèses	Prix moyen national						
Couronne céramo-métallique sur molaires	537,48 €	120,00 €	84,00 €	156,00 €	297,48 €	336,00 €	117,48 €
Orthodontie (moins de 16 ans)	Prix moyen national						
Traitement par semestre (6 max)	720,00 €	193,50 €	193,50 €	96,75 €	429,75 €	193,50 €	333,00 €
OPTIQUE							
Équipement - Classe B	Prix moyen national						
Verres simples et monture	100,00 €/verre Monture : 139,00 €	0,05 €/verre Monture : 0,05 €	0,09 €	250,00 €	88,91 €	338,91 €	0,00 €
Verres progressifs et monture	231,00 €/verre Monture : 139,00 €	0,05 €/verre Monture : 0,05 €	0,09 €	250,00 €	350,91 €	450,00 €	150,91 €
Lentilles (non remboursées par le RO)	Prix moyen national						
Forfait annuel	Non connu	Non remboursé	0,00 €	100,00 €	Selon frais engagés	150,00 €	Selon frais engagés
Chirurgie réfractive	Prix moyen national						
Opération correctrice de la myopie	Non connu	Non remboursée	0,00 €	150,00 €	Selon frais engagés	300,00 €	Selon frais engagés
AIDES AUDITIVES							
Équipement	Prix moyen national						
Par oreille pour un patient de plus de 20 ans	1 476,00 €	400,00 €	240,00 €	360,00 €	876,00 €	710,00 €	526,00 €

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) La BR est un tarif de "référence" fixé pour chaque acte, 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.

REGIME ALSACE-MOSELLE				G1150		G1200	
Contrat d'assurance santé	Tarif le plus souvent facturé, ou tarif réglementé	Base de remboursement de la Sécurité sociale (BR) ⁽²⁾	Remboursement assurance maladie obligatoire (AMO)	Remboursement assurance maladie complémentaire (AMC)	Reste à charge	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 €	0,00 €	0,00 €
Chambre particulière (sur demande du patient)	Non connu	Non remboursée	Non remboursée	45,00 €	Selon frais engagés	70,00 €	Selon frais engagés
<i>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</i>							
<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	745,54 €	745,54 €	721,54 €	24,00 €	0,00 €	24,00 €	0,00 €
Honoraires médecins adhérents OPTAM ou OPTAM-CO							
Dépassements maîtrisés							
Opération en secteur privé : honoraires chirurgien	355,00 €	271,70 €	271,70 €	83,30 €	0,00 €	83,30 €	0,00 €
Honoraires médecins secteur 2 (non adhérents OPTAM ou OPTAM-CO)							
Honoraires libres							
Opération en secteur privé : honoraires chirurgien	447,00 €	271,70 €	271,70 €	175,30 €	0,00 €	175,30 €	0,00 €
<i>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</i>							
<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	3 270,12 €	3 270,12 €	3 270,12 €	0,00 €	0,00 €	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	25,00 €	25,00 €	21,50 €	2,50 €	1,00 €	2,50 €	1,00 €
Consultation pédiatre pour un enfant de 6 ans	32,00 €	32,00 €	28,80 €	3,20 €	0,00 €	3,20 €	0,00 €
Consultation médecin spécialiste pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie, ophtalmologie, dermatologie...)	30,00 €	30,00 €	26,00 €	3,00 €	1,00 €	3,00 €	1,00 €
Honoraires médecins adhérents OPTAM ou OPTAM-CO							
Dépassements maîtrisés							
Consultation pédiatre pour enfant de moins de 6 ans	32,00 €	32,00 €	28,80 €	3,20 €	0,00 €	3,20 €	0,00 €
Consultation médecin spécialiste pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie, ophtalmologie, dermatologie...)	44,00 €	30,00 €	26,00 €	17,00 €	1,00 €	17,00 €	1,00 €
Honoraires médecins secteur 2 (non adhérents OPTAM ou OPTAM-CO)							
Honoraires libres							
Consultation pédiatre pour un enfant de 2 à 16 ans	55,00 €	23,00 €	20,70 €	19,55 €	14,75 €	29,90 €	4,40 €
Consultation médecin spécialiste pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie, ophtalmologie, dermatologie...)	57,00 €	23,00 €	19,70 €	19,55 €	17,75 €	29,90 €	7,40 €
Matériel médical							
Prix moyen national							
Achat d'une paire de béquilles	25,80 €	24,40 €	21,96 €	2,44 €	1,40 €	3,84 €	0,00 €

REGIME ALSACE-MOSELLE				GI150		GI200	
Contrat d'assurance santé	Tarif le plus souvent facturé, ou tarif réglementé	Base de remboursement de la Sécurité sociale (BR) ⁽¹⁾	Remboursement assurance maladie obligatoire (AMO)	Remboursement assurance maladie complémentaire (AMC)	Reste à charge	Remboursement assurance maladie complémentaire (AMC)	Reste à charge
DENTAIRE							
Soins	Tarif de convention						
Détartrage	43,38 €	43,38 €	39,04 €	4,34€	0,00 €	4,34€	0,00 €
Prothèses	Prix moyen national						
Couronne céramo-métallique sur molaires	537,48 €	120,00 €	108,00 €	132,00 €	297,48 €	312,00 €	117,48 €
Orthodontie (moins de 16 ans)	Prix moyen national						
Traitement par semestre (6 max)	720,00 €	193,50 €	193,50 €	96,75 €	429,75 €	193,50 €	333,00 €
OPTIQUE							
Équipement - Classe B	Prix moyen national						
Verres simples et monture	100,00 €/verre Monture : 139,00 €	0,05 €/verre Monture : 0,05 €	0,14 €	250,00 €	88,87 €	338,87 €	0,00 €
Verres progressifs et monture	231,00 €/verre Monture : 139,00 €	0,05 €/verre Monture : 0,05 €	0,14 €	250,00 €	350,87 €	450,00 €	150,87 €
Lentilles (non remboursées par le RO)	Prix moyen national						
Forfait annuel	Non connu	Non remboursé	0,00 €	100,00 €	Selon frais engagés	150,00 €	Selon frais engagés
Chirurgie réfractive	Prix moyen national						
Opération corrective de la myopie	Non connu	Non remboursée	0,00 €	150,00 €	Selon frais engagés	300,00 €	Selon frais engagés
AIDES AUDITIVES							
Équipement	Prix moyen national						
Par oreille pour un patient de plus de 20 ans	1 476,00 €	400,00 €	360,00 €	240,00 €	876,00 €	590,00 €	526,00 €

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) 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/>).