

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 de 1 €, 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			
	ID Hospi Non responsable	ID100	ID200	ID300
HOSPITALISATION ⁽¹⁾				
Forfait journalier hospitalier				
Dans les établissements hospitaliers	Illimité	Illimité	Illimité	Illimité
Dans les centres médico-sociaux	30 jours	30 jours	30 jours	30 jours
Honoraires secteur conventionné DPTAM / NON DPTAM	300% BR / 300% BR*	150% BR / 100% BR	200% BR / 150% BR	250% BR / 175% BR
Honoraires secteur non conventionné	200% BR*	100% BR	150% BR	175% BR
Frais de séjour secteur conventionné	200% BR	100% BR	200% BR	250% BR
Frais de séjour secteur non conventionné	100% BR	100% BR	150% BR	175% BR
Chambre particulière (par jour) ou forfait ambulatoire	55 €**	30 €	50 €	55 €
Limitation durée : médecine / soins de suite / psychiatrie	90/60/30 jours	90/60/30 jours	90/60/30 jours	90/60/30 jours
Frais accompagnant (par jour)	20 €	non	25 €	35 €
Limitation : âge / durée	< 16 ou > 75 ans / 30 j	non	< 16 ou > 75 ans / 30 j	< 16 ou > 75 ans / 30 j
Forfait de 24 € sur les actes dits lourds > 120 €	FR	FR	FR	FR
Transport	100% BR	100% BR	100% BR	150% BR
SOINS COURANTS				
Honoraires médicaux				
Consultations, Visites, Généralistes, Spécialistes DPTAM / NON DPTAM	-	100% BR / 100% BR	150% BR / 130% BR	200% BR / 150% BR
Radiologie, actes de spécialité, de chirurgie, actes techniques médicaux DPTAM / NON DPTAM	-	100% BR / 100% BR	130% BR / 110% BR	150% BR / 130% BR
Honoraires paramédicaux : infirmier, kinésithérapeute, orthophoniste, orthoptiste, pédicure-podologue, masseurs-kinésithérapeutes	-	100% BR	130% BR	150% BR
Analyses et examens de laboratoire	-	100% BR	130% BR	150% BR
Médicaments				
Médicaments remboursés à 65%, 30% et 15%	-	100% BR	100% BR	100% BR
Médicaments prescrits non remboursés	-	60 €	60 €	60 €
Matériel médical remboursé par le RO				
Autres prothèses (MAD, AAD, PIO, PEX, OPT) ⁽²⁾	-	100% BR	100% BR + 150 €/an	100% BR + 200 €/an
Petit appareillage, pansements, accessoires (PAN, AAR, MAC, ARO, GLU) ⁽²⁾	-	100% BR	125% BR	150% BR
Grand appareillage (VEH, ORP, POC, PME, PII) ⁽²⁾	-	100% BR	100% BR	100% BR
Orthopédie (COR, DVO) ⁽²⁾	-	125% BR	150% BR	150% 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 suppléments applicables pour les verres avec filtres et prestations d'appairage dans la limite des Prix Limites de Vente (PLV)				
Monture + Verres	-		100% FR	
Panier de soins libre - Équipement Classe B				
Monture + 2 verres simples	-	100 €	175 €	200 €
Monture + 1 verre simple + 1 verre complexe ou très complexe	-	150 €	200 €	300 €
Monture + 2 verres complexes ou très complexes	-	200 €	275 €	400 €
Prestation d'adaptation de la correction visuelle	-	100% BR	100% BR	100% BR
Autres suppléments (prisme, système antiptosis, verres iséconiques, verres à filtre)	-	100% BR	100% BR	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 remboursées par le RO ⁽³⁾	-	100% BR		
Lentilles non remboursées par le RO	-	non	75 €	75 €
Chirurgie réfractive	-	non	300 €	300 €

Sécurité sociale incluse sauf forfait				
ID Hospi	ID100	ID200	ID300	
Non responsable				

DENTAIRE				
Soins dentaires (tarif opposable)	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR
Parodontologie remboursée par le RO	-	100% BR	100% BR	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	175% BR	200% BR
Inlay core	-	150% BR	175% BR	200% BR
Prothèses dentaires remboursées par le RO	-	200% BR	250% BR	300% BR
Prothèses dentaires non remboursées par le RO	-	-	100 €	150 €
Orthodontie remboursée par le RO	-	100% BR	100% BR	100% BR
Implantologie (implant + pilier)	-	-	150 €	200 €
<i>Plafond dentaire pour le panier de soins modéré et libre, inlay onlay, inlay core, les prothèses et l'orthodontie remboursées par le RO⁽⁴⁾</i>	-	1 200 €	1 700 €	2 000 €
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	-	100% FR		
Panier de soins libre				
Aides auditives de Classe II remboursées par le RO dont piles, accessoires et frais de réparation	-	150% BR	185% BR	250% BR
PRÉVENTION				
Diététicien, ostéopathe, homéopathe, médecin-acupuncteur, chiropracteur, pédicure-podologue ⁽⁵⁾ , étiope ⁽⁶⁾	-	20€ / séance 2 séances / an	25 € / séance 3 séances / an	25 € / séance 4 séances / an
Vaccins prescrits non remboursés par le RO	-	30 €	30 €	30 €
Sevrage tabagique	-	30 €	40 €	40 €
Cures Thermales prises en charge par le RO				
Frais d'établissement et d'honoraires	-	100% BR	100% BR	150% BR
Frais de transport et d'hébergement	-	100 €	200 €	300 €
Examen de la densitométrie osseuse non remboursé par le RO (tous les 3 ans)	-	20 €	30 €	30 €
Vaccin anti-grippe	-	20 €	20 €	20 €
Actes de prévention remboursés par le RO	-	100% BR	100% BR	100% BR
GARANTIES +				
Maternité	-	6 mois de cotisations offertes pour le nouveau né		
Allocation obsèques (délai de carence de 9 mois)	-	Prise en charge de la cotisation familiale durant 6 mois		
Participation activités sportives ou intellectuelles	35 € / an, limitée à 2 bénéficiaires par contrat			
SERVICES				
Assistance	oui	oui	oui	oui
Téléconsultation : Contacter un médecin 24h/24, 7j/7	oui	oui	oui	oui
Tiers Payant	oui	oui	oui	oui
Action sociale (sous condition d'acceptation du dossier par la commission)	oui	oui	oui	oui
Bilan retraite complet à partir de 55 ans ⁽⁷⁾	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 : actes auxquels des honoraires limites de facturation, 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 : possibilité de choisir librement les techniques et matériaux les plus sophistiqués sans que le dentiste ne soit obligé de respecter des honoraires limites de facturation. 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) Codes actes correspondant à ceux de la Sécurité sociale.

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

(4) Le plafond dentaire exclut les remboursements de prestations exprimées en euros ou pour lesquelles le tarif est opposable (sans dépassement d'honoraires possible). Au-delà du plafond, les autres actes seront remboursés 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 étiope enregistré au répertoire national des étiope.

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

*Prise en charge limitée à 100% de la BR les 3 premiers mois.

**Délai de carence : 3 mois.

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.

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



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				ID100		ID200		ID300		ID Hospi - Non responsable	
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	Remboursement assurance maladie complémentaire (AMC)	Reste à charge	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 €	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	30,00 €	Selon frais engagés	50,00 €	Selon frais engagés	55,00 €	Selon frais engagés	55,00 €	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 €	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 €	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 €	0,00 €	175,30 €	135,85 €	39,45 €	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 €	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 €	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 €	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 €	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 €	9,60 €	0,00 €		
Consultation médecin spécialiste pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie, ophtalmologie, dermatologie...)	44,00 €	30,00 €	20,00 €	9,00 €	15,00 €	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 €	6,90 €	32,00 €	13,80 €	25,10 €	18,40 €	20,50 €		
Consultation médecin spécialiste pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie, ophtalmologie, dermatologie...)	57,00 €	23,00 €	15,10 €	6,90 €	35,00 €	13,80 €	28,10 €	18,40 €	23,50 €		
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 €	11,16 €	0,00 €		

RÉGIME GÉNÉRAL				ID100		ID200		ID300		ID Hospi - Non responsable	
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	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 moyen national										
Pose d'une couronne céramo-métallique sur incisives, canines et premières prémolaires	500,00 €	120,00 €	84,00 €	416,00 €	0,00 €	416,00 €	0,00 €	416,00 €	0,00 €		
Soins (hors 100% santé)	Tarif de convention										
Détartrage	43,38 €	43,38 €	30,36 €	13,02 €	0,00 €	13,02 €	0,00 €	13,02 €	0,00 €		
Prothèses (hors 100% santé)	Prix moyen national										
Couronne céramo-métallique sur molaires	537,48 €	120,00 €	84,00 €	156,00 €	297,48 €	216,00 €	237,48 €	276,00 €	177,48 €		
Orthodontie (moins de 16 ans)	Prix moyen national										
Traitement par semestre (6 max)	720,00 €	193,50 €	193,50 €	0,00 €	526,50 €	0,00 €	526,50 €	0,00 €	526,50 €		
OPTIQUE											
Équipement 100% santé - Classe A (dans la limite des prix limites de vente)	Prix moyen national										
Verres simples et monture	41,00 €/verre Monture : 30,00 €	12,75 €/verre Monture : 9,00 €	20,70 €	91,30 €	0,00 €	91,30 €	0,00 €	91,30 €	0,00 €		
Verres progressifs et monture	90,00 €/verre Monture : 30,00 €	27,00 €/verre Monture : 9,00 €	37,80 €	172,20 €	0,00 €	172,20 €	0,00 €	172,20 €	0,00 €		
Équipement hors 100% santé - Classe B	Prix moyen national										
Verres simples et monture	100,00 €/verre Monture : 139,00 €	0,05 €/verre Monture : 0,05 €	0,09 €	100,00 €	238,91 €	175,00 €	163,91 €	200,00 €	138,91 €		
Verres progressifs et monture	231,00 €/verre Monture : 139,00 €	0,05 €/verre Monture : 0,05 €	0,09 €	200,00 €	400,91 €	275,00 €	325,91 €	400,00 €	200,91 €		
Lentilles (non remboursées par le RO)	Prix moyen national										
Forfait annuel	Non connu	Non remboursé	0,00 €	0,00 €	Selon frais engagés	75,00 €	Selon frais engagés	75,00 €	Selon frais engagés		
Chirurgie réfractive	Prix moyen national										
Opération corrective de la myopie	Non connu	Non remboursée	0,00 €	0,00 €	Selon frais engagés	300,00 €	Selon frais engagés	300,00 €	Selon frais engagés		
AIDES AUDITIVES											
Équipement 100% santé (dans la limite des prix limites de vente)	Prix moyen national										
Par oreille pour un patient de plus de 20 ans	950,00 €	400,00 €	240,00 €	710,00 €	0,00 €	710,00 €	0,00 €	710,00 €	0,00 €		
Équipement hors 100% santé	Prix moyen national										
Par oreille pour un patient de plus de 20 ans	1 476,00 €	400,00 €	240,00 €	360,00 €	876,00 €	500,00 €	736,00 €	760,00 €	476,00 €		

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				ID100		ID200		ID300		ID Hospi - Non responsable	
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	Remboursement assurance maladie complémentaire (AMC)	Reste à charge	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 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Chambre particulière (sur demande du patient)	Non connu	Non remboursée	Non remboursée	30,00 €	Selon frais engagés	50,00 €	Selon frais engagés	55,00 €	Selon frais engagés	55,00 €	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	745,54 €	745,54 €	721,54 €	24,00 €	0,00 €	24,00 €	0,00 €	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 €	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 €	0,00 €	175,30 €	135,85 €	39,45 €	175,30 €	0,00 €	175,30 €	0,00 €
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	3 270,12 €	3 270,12 €	3 270,12 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	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 €	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 €	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 €	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 €	3,20 €	0,00 €		
Consultation médecin spécialiste pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie, ophtalmologie, dermatologie...)	44,00 €	30,00 €	26,00 €	3,00 €	15,00 €	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 €	2,30 €	32,00 €	9,20 €	25,10 €	13,80 €	20,50 €		
Consultation médecin spécialiste pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie, ophtalmologie, dermatologie...)	57,00 €	23,00 €	19,70 €	2,30 €	35,00 €	9,20 €	28,10 €	13,80 €	23,50 €		
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 €	3,84 €	0,00 €		

RÉGIME ALSACE MOSELLE				ID100		ID200		ID300		ID Hospi - Non responsable	
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	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 moyen national										
Pose d'une couronne céramo-métallique sur incisives, canines et premières prémolaires	500,00 €	120,00 €	108,00 €	392,00 €	0,00 €	392,00 €	0,00 €	392,00 €	0,00 €		
Soins (hors 100% santé)	Tarif de convention										
Détartrage	43,38 €	43,38 €	39,04 €	4,34€	0,00 €	4,34€	0,00 €	4,34€	0,00 €		
Prothèses (hors 100% santé)	Prix moyen national										
Couronne céramo-métallique sur molaires	537,48 €	120,00 €	108,00 €	132,00 €	297,48 €	192,00 €	237,48 €	252,00 €	177,48 €		
Orthodontie (moins de 16 ans)	Prix moyen national										
Traitement par semestre (6 max)	720,00 €	193,50 €	193,50 €	0,00 €	526,50 €	0,00 €	526,50 €	0,00 €	526,50 €		
OPTIQUE											
Équipement 100% santé - Classe A (dans la limite des prix limites de vente)	Prix moyen national										
Verres simples et monture	41,00 €/verre Monture : 30,00 €	12,75 €/verre Monture : 9,00 €	31,05 €	80,95 €	0,00 €	80,95 €	0,00 €	80,95 €	0,00 €		
Verres progressifs et monture	90,00 €/verre Monture : 30,00 €	27,00 €/verre Monture : 9,00 €	56,70 €	153,30 €	0,00 €	153,30 €	0,00 €	153,30 €	0,00 €		
Équipement hors 100% santé - Classe B	Prix moyen national										
Verres simples et monture	100,00 €/verre Monture : 139,00 €	0,05 €/verre Monture : 0,05 €	0,14 €	100,00 €	238,87 €	175,00 €	163,87 €	200,00 €	138,87 €		
Verres progressifs et monture	231,00 €/verre Monture : 139,00 €	0,05 €/verre Monture : 0,05 €	0,14 €	200,00 €	400,87 €	275,00 €	325,87 €	400,00 €	200,87 €		
Lentilles (non remboursées par le RO)	Prix moyen national										
Forfait annuel	Non connu	Non remboursé	0,00 €	0,00 €	Selon frais engagés	75,00 €	Selon frais engagés	75,00 €	Selon frais engagés		
Chirurgie réfractive	Prix moyen national										
Opération corrective de la myopie	Non connu	Non remboursée	0,00 €	0,00 €	Selon frais engagés	300,00 €	Selon frais engagés	300,00 €	Selon frais engagés		
AIDES AUDITIVES											
Équipement 100% santé (dans la limite des prix limites de vente)	Prix moyen national										
Par oreille pour un patient de plus de 20 ans	950,00 €	400,00 €	360,00 €	590,00 €	0,00 €	590,00 €	0,00 €	590,00 €	0,00 €		
Équipement hors 100% santé	Prix moyen national										
Par oreille pour un patient de plus de 20 ans	1 476,00 €	400,00 €	360,00 €	240,00 €	876,00 €	380,00 €	736,00 €	640,00 €	476,00 €		

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/>).