

EXEMPLES DE REMBOURSEMENTS (1) Garantie "Mutuelle de Village"

Issu de l'avis du CCSF du 11 mai 2021 - Lisibilité des contrats d'assurance complémentaire santé

Contrat d'assurance santé responsable (2)	Tarif le plus souvent facturé, ou tarif réglementé	Base de remboursement de la sécurité sociale (BR) (3)	Remboursement de l'assurance maladie obligatoire (AMO)	Remboursement de l'assurance maladie complémentaire (AMC) Mutuelle MPS			Forfait option F surcomplémentaire MPS	Reste à charge				Commentaires	
				Option B	Option C	Option D		option B	option C	option D	options D+F		
Hospitalisation													
Forfait journalier hospitalier (hébergement) en court séjour 20 € ou 15 € en psychiatrie	20 €	0 €	0 €	20 € ou 15 €				0 €	0 €	0 €		Tarif réglementaire	
Chambre particulière (sur demande du patient)	Non connu (NC)	Non remboursé	Non remboursé	600 € par an *	760 € par an *	1 400 € par an *	300 € par an *	Selon contrat				* Forfaits annuels selon contrat comprenant la chambre particulière et les dépassements d'honoraires en hospitalisation	
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	BR	BR - 24 €	24 €				0 €					
Frais de séjour en secteur privé	Tarif moyen de 745,54€	745.54 €	721.54 €	24 €				0 €	0 €	0 €		Prix moyen national de l'acte	
Honoraires médecins adhérents OPTAM ou OPTAM-CO	Dépassements maîtrisés	BR	100 % BR	Dépassements selon contrat				Selon contrat					
Ex : Opération en secteur privé : Honoraires chirurgien	Tarif moyen de 355 €	271.70 €	271.70 €	83.30 € *	83.30 € *	83.30 € *	300 € par an *	0 €	0 €	0 €		Prix moyen national de l'acte - Une hospitalisation peut entraîner plusieurs types de frais (honoraires mais aussi séjour...). S'il est pratiqué un acte dit lourd, le patient doit s'acquitter d'une participation forfaitaire de 24 €, à sa charge ou à celle de son organisme complémentaire d'assurance maladie. * Forfaits annuels selon contrat comprenant la chambre particulière et les dépassements d'honoraires en hospitalisation	
Honoraires médecins secteur 2 (non adhérents OPTAM ou OPTAM-CO)	Honoraires Libres	BR	100 % BR	Dépassements selon contrat (remboursement des dépassements plafonné à 100% BR)									
Ex : Opération en secteur privé : Honoraires chirurgien	Tarif moyen de 447 €	271.70 €	271.70 €	175.30 € *	175.30 € *	175.30 € *		0 €	0 €	0 €			
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 pleuresie pour un patient de plus de 17 ans, en hôpital public													
Frais de séjour	Différent selon secteur public/privé	BR	80% BR	20% BR									
Frais de séjour en secteur public	Tarif moyen de 3 270.12 €	3 270.12 €	2 616.10 €	654.02 €				0 €	0 €	0 €			
Soins courants													
Honoraires médecins secteur 1 (généralistes ou spécialistes)	Tarif de convention	BR	70% BR - 1 € (participation forfaitaire)	30 % BR				1 € de participation forfaitaire					
Ex : Consultation médecin traitant généraliste pour un patient de plus de 18 ans	25 €	25 €	16.50 €	7.50 €	7.50 €	7.50 €	10 € pour un généraliste - 20 € pour un spécialiste (par acte)	1 € de participation forfaitaire				Tarif conventionnel - Reste à charge : participation forfaitaire	
Ex : Consultation pédiatre pour enfant de moins de 6 ans	32 €	32 €	22.40 €	9.60 €	9.60 €	9.60 €		0 €					
Ex : Consultation médecin spécialiste pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie, ophtalmologie, dermatologie, etc...)	30 €	30 €	20 €	9 €	9 €	9 €		1 € de participation forfaitaire					
Honoraires médecins adhérents OPTAM ou OPTAM-CO	Dépassements maîtrisés	BR	70% BR - 1 € (participation forfaitaire)	30 % BR + dépassement si prévu au contrat				1 € de participation forfaitaire + dépassement selon contrat					
Ex : Consultation pédiatre pour enfant de moins de 6 ans	32 €	32 €	22.40 €	9.60 €	9.60 €	9.60 €	20 € pour un spécialiste (par acte)	0 €				Tarif conventionnel - Reste à charge : participation forfaitaire	
Ex : Consultation médecin spécialiste pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie, ophtalmologie, dermatologie, etc...)	44 €	30 €	20 €	19 €	24 €	24 €		5 €	0 €	0 €			
Honoraires médecins secteur 2 (non adhérents OPTAM ou OPTAM-CO)	Honoraires libres	BR	70% BR - 1 € (participation forfaitaire)	30 % BR + dépassement prévu au contrat (5)				1 € de participation forfaitaire + dépassement selon contrat					
Ex : Consultation pédiatre pour enfant de 2 à 16 ans	55 €	23 €	16.10 €	12.30 €	6.90 €	6.90 €	20 € pour un spécialiste (par acte)	26.60 €	32 €	32 €	12 €	Tarif conventionnel - Reste à charge : participation forfaitaire	
Ex : Consultation médecin spécialiste pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie, ophtalmologie, dermatologie, etc...)	57 €	23 €	15.10 €	12.30 €	22.30 €	29.90 €	20 € pour un spécialiste (par acte)	29.60 €	19.60 €	12 €	0 €		

EXEMPLES DE REMBOURSEMENTS (1) Garantie "Mutuelle de Village"

Issu de l'avis du CCSF du 11 mai 2021 - Lisibilité des contrats d'assurance complémentaire santé

Contrat d'assurance santé responsable (2)	Tarif le plus souvent facturé, ou tarif réglementé	Base de remboursement de la sécurité sociale (BR) (3)	Remboursement de l'assurance maladie obligatoire (AMO)	Remboursement de l'assurance maladie complémentaire (AMC) Mutuelle MPS			Forfait option F surcomplémentaire MPS	Reste à charge				Commentaires
				Option B	Option C	Option D		option B	option C	option D	options D+F	
Prothèses diverses, petits appareillages	Prix moyen	BR	60% BR	40 % BR + dépassement dans la limite du forfait annuel				dépassement selon contrat				
Ex : Achat de béquilles	25.80 €	24.40 €	14.64 €	11.16 €	11.16 €	11.16 €	300 € par an *	0 €	0 €	0 €		Prix moyen national de l'acte
Ex : Matériel de contention	49.80 €	32.40 €	19.44 €	30.36 €	30.36 €	30.36 €		0 €	0 €	0 €		
Actes non pris en charges par AMO	Prix moyen	Non remboursé	Non remboursé	Forfaits				dépassement selon contrat				
Pharmacie prescrite non remboursée	NC	NC	NC	100 € par an	160 € par an	250 € par an						
Analyses médicales prescrites non remboursées	NC	NC	NC	100 € par an	100 € par an	100 € par an						
Densitométrie osseuse	NC	0 €	0 €	40 € par an	50 € par an	60 € par an	40 € par an					
Médecines douces	60 €	0 €	0 €	15 €	20 €	25 €	20 €	45 €	40 €	35 €	15 €	par séance - 3 par an tous spécialistes confondus pouvant intervenir pour : ostéopathe, chiropracteur, acupuncteur, podologue, psychologue, diététicien, ergothérapeute, psychomotricien, reflexologue, étiope, mésothérapeute, naturopathe, hypnothérapeute
Dentaire												
Soins et prothèses 100% santé	Prix moyen national	BR	70% BR	30% BR + dépassement dans la limite du PLV (4)				0 €				
Ex : Pose d'une couronne céramo-métallique sur incisives, canines et premières prémolaires	500 €	120 €	84 €	416 €	416 €	416 €		0 €	0 €	0 €		Honoraires limite de facturation
Soins hors 100% santé	Tarif de convention	BR	70% BR	30% BR				0 €				
Ex : Détartrage	43.38 €	43.38 €	30.37 €	13.01 €	13.01 €	13.01 €		0 €	0 €	0 €		Tarif conventionnel
Prothèses hors 100% santé	Prix moyen national	BR	70% BR	30% BR + dépassement si prévu au contrat dans la limite du plafond annuel				0 €				
Ex : Couronne céramo-métallique sur molaires	537.48 €	120 €	84 €	146 €	386.00 €	453.48 €	450 € par an	307.48 €	67.48 €	0 €		Prix moyen national de l'acte
Implantologie	Prix moyen national	BR	70% BR ou non remboursé	30% BR + dépassement si prévu au contrat dans la limite du plafond annuel				0 €				
Ex : Pose d'implants ou de matériel pour implantologie	422.18 €	0 €	0 €	250 €	422.18 €	422.18 €	450 € par an	172.18 €	0 €	0 €		
Ex : Couronne sur implant	537.48 €	120 €	84 €	286 €	453.48 €	453.48 €		167.48 €	0 €	0 €		
Orthodontie	Prix moyen national	BR	100% BR	dépassement si prévu au contrat dans la limite du plafond annuel				0 €				
Ex : Traitement par semestre (6 max) pour les moins de 16 ans	720 €	193.50 €	193.50 €	150 €	300 €	526.50 €	400 € par an	376.50 €	226.50 €	0 €		
Ex : Traitement par semestre pour les plus de 16 ans	720 €	0 €	0 €	150 €	300 €	600 €		570 €	420 €	120 €	0 €	
Parodontologie	Prix moyen national	BR	100% BR	Forfait annuel				0 €				
Ex : Bilan parodontale	Non connu (NC)	Non remboursé	Non remboursé	50 €	100 €	200 €		Selon contrat				
Optique												
Equipement 100% santé	Prix moyen national	BR	60% BR	40% BR + dépassement dans la limite du PLV (4)				0 €				
Ex : Equipement complet Verre simple Verre simple Monture	41 €	12.75 €	7.65 €	33.35 €	33.35 €	33.35 €		0 €	0 €	0 €		Prix limite de vente
	41 €	12.75 €	7.65 €	33.35 €	33.35 €	33.35 €		0 €	0 €	0 €		
	30 €	9 €	5.40 €	24.60 €	24.60 €	24.60 €		0 €	0 €	0 €		
Ex : Equipement complet Verre progressif Verre progressif Monture	90 €	27 €	16.20 €	73.80 €	73.80 €	73.80 €		0 €	0 €	0 €		
	90 €	27 €	16.20 €	73.80 €	73.80 €	73.80 €		0 €	0 €	0 €		
	30 €	9 €	5.40 €	24.60 €	24.60 €	24.60 €		0 €	0 €	0 €		

EXEMPLES DE REMBOURSEMENTS (1) Garantie "Mutuelle de Village"

Issu de l'avis du CCSF du 11 mai 2021 - Lisibilité des contrats d'assurance complémentaire santé

Contrat d'assurance santé responsable (2)	Tarif le plus souvent facturé, ou tarif réglementé	Base de remboursement de la sécurité sociale (BR) (3)	Remboursement de l'assurance maladie obligatoire (AMO)	Remboursement de l'assurance maladie complémentaire (AMC) Mutuelle MPS			Forfait option F surcomplémentaire MPS	Reste à charge				Commentaires		
				Option B	Option C	Option D		option B	option C	option D	options D+F			
Equipement (hors 100% santé)	Prix moyen national	BR	60% BR	40% BR + dépassement prévu au contrat, dans la limite des plafonds réglementaires				selon contrat						
Ex : Equipement complet Verre simple Verre simple Monture	100 €	0.05 €	0.03 €	50 €	99.97 €	99.97 €	200 € par an pour lunettes et/ou chirurgie oculaire non remboursée	49.97 €	0.00 €	0 €		Prix moyen national de l'acte		
	100 €	0.05 €	0.03 €	50 €	99.97 €	99.97 €		49.97 €	0.00 €	0 €				
	139 €	0.05 €	0.03 €	100 €	100 €	100 €		38.97 €	38.97 €	38.97 €	0 €			
Ex : Equipement complet Verre progressif Verre progressif Monture	231 €	0.05 €	0.03 €	50 €	100 €	175 €		180.97 €	130.97 €	55.97 €	0 €			
	231 €	0.05 €	0.03 €	50 €	100 €	175 €		180.97 €	130.97 €	55.97 €	0 €			
	139 €	0.05 €	0.03 €	100 €	100 €	100 €		38.97 €	38.97 €	38.97 €	0 €			
Chirurgie réfractive	Prix moyen national	Non remboursé	Non remboursé	Pris en charge en fonction du contrat - forfait annuel					selon contrat					
Ex : Opération corrective de la myopie	NC	Non remboursé	Non remboursé	200.00 €	350.00 €	470.00 €			selon contrat	selon contrat	selon contrat			
Lentilles	Prix moyen national	Non remboursé dans le cas général	Non remboursé	Pris en charge en fonction du contrat - forfait annuel					selon contrat					
Remboursées ou non par la sécurité sociale,	NC	Non remboursé dans le cas général	Non remboursé dans le cas général	110 €	160 €	240 €		100 € par an	selon contrat	selon contrat	selon contrat			
Aides auditives														
Equipement 100% santé	Prix moyen national	BR	60% BR	40% BR + dépassement dans la limite du PLV (4)				0 €						
Par oreille pour un patient de plus de 20 ans	950 €	400 €	240 €	710 €	710 €	710 €		0 €	0 €	0 €		Prix limite de vente		
Equipement hors 100% santé	Prix moyen national	BR	70% BR	30% BR + dépassements si prévu au contrat dans la limite des plafonds				0 €						
Par oreille pour un patient de plus de 20 ans	1 476 €	400 €	240 €	410 €	560 €	910 €	550 € par an	826 €	676 €	326 €	0 €	Prix moyen national de l'acte - La réglementation en vigueur plafonne le remboursement par oreille à 1 700 € (sécurité sociale + mutuelle) maximum.		
Par oreille pour un patient de moins de 20 ans ou atteint de cécité	1 476 €	1 400 €	840 €	636 €	636 €	636 €	550 € par an	0 €	0 €	0 €				

(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 prise 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 % de la BR, à un taux différent selon les actes, produits de santé, dispositifs médicaux, le complément étant apporté par l'assurance maladie complémentaire.

(4) Prix limite de vente

(5) Dépassement d'honoraires : les actes non OPTAM ou non OPTAM-CO (médecin n'ayant pas adhéré à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée) subissent un abattement de 20 % sur la BRSS (Base de Remboursement de la Sécurité Sociale) et un plafond de remboursement dans la limite de 100% de la BRSS, conformément à la réglementation en vigueur.

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 contractuels qui seuls engagent l'organisme de 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 complémentaire santé édicté par l'UNOCAM (<https://unocam.fr/ressources/documents-a-telecharger/>)