

## EXEMPLES DE REMBOURSEMENTS (1) - Mutuelle de Pévoyance et de Santé MPS

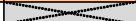


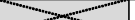
Issu de l'avis du CCSF du 11 mai 2021 - Lisibilité des contrats "complémentaire santé"

Contrat d'assurance santé responsable (2)	Tarif le plus souvent facturé, ou tarif réglementé (6)	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 (TM + FORFAITS)			Forfait option RENFORT surcomplémentaire MPS	Reste à charge				Commentaires
				Options : B - B LABEL - B60 - ESSENTIEL	Options : C - C LABEL - C60 - CONFORT	Options : D - D LABEL - D60 - PREMIUM		Options : B - B LABEL - B60 - ESSENTIEL	Options : C - C LABEL - C60 - CONFORT	Options : D - D LABEL - D60 - PREMIUM	Options : D + Surco F ou PREMIUM + Surco RENFORT	
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 et/ou Dépassements d'honoraires (sur demande du patient)	Non connu (NC)	Non remboursé	Non remboursé	700 € par an *	1 000 € par an *	1 600 € par an *	400 € par an *	Selon contrat			En fonction du RAC après 1ère mutuelle	* 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 - Tarif moyen (6)	BR	BR - 24 €	24 €				0 €				
Frais de séjour en secteur privé	838,98 €	838,98 €	814,98 €	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	443 €	271,70 €	271,70 €	171,30 €	171,30 €	171,30 €	400 € par an *	0 €	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 honoraires plafonné à 100% BR selon la réglementation en vigueur)								
Ex : Opération en secteur privé - Honoraires chirurgien	486,00 €	271,70 €	271,70 €	214,30 €	214,30 €	214,30 €		0 €	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 hopital public												
Frais de séjour	Différent selon secteur public/privé	BR	80% BR	20% BR								
Frais de séjour en secteur public	3 754,00 €	3 754,00 €	3 003,20 €	750,80 €				0 €	0 €	0 €		
SOINS COURANTS												
Honoraires médecins secteur 1 (généralistes ou spécialistes)	Tarif de convention	BR	70% BR - 2 € => participation forfaitaire	30 % BR sans prise en charge de la participation financiere de 2 €				2 € de participation forfaitaire				
Ex : Consultation médecin traitant généraliste pour un patient de plus de 18 ans	30 €	30 €	19 €	9 €	9 €	9 €	10 € pour un généraliste & 20 € pour un spécialiste (par acte)	2 € de participation forfaitaire				
Ex : Consultation pédiatre pour enfant de moins de 6 ans	35 €	35 €	24,50 €	10,50 €	10,50 €	10,50 €		- €			Tarif conventionnel - Reste à charge : participation forfaitaire	
Ex : Consultation médecin spécialiste pour un patient de plus de 18 ans (gynecologie, ophtalmologie, dermatologie, etc...)	40 €	40 €	26 €	12 €	12 €	12 €		2 € de participation forfaitaire				
Honoraires médecins adhérents OPTAM ou OPTAM-CO	Dépassements maîtrisés	BR	70% BR - 2 € (participation forfaitaire)	30 % BR sans prise en charge de la participation financiere de 2 € + dépassement si prévu au contrat				2 € de participation forfaitaire + dépassement selon contrat				
Ex : Consultation pédiatre pour enfant de 2 à 6 ans	50 €	35 €	24,50 €	10,50 €	10,50 €	10,50 €		2 € de participation forfaitaire				
Ex : Consultation médecin spécialiste pour un patient de plus de 18 ans (gynecologie, ophtalmologie, dermatologie, etc...)	53 €	40 €	26 €	22 €	27 €	27 €	20 € pour un spécialiste (par acte)	5 €	2 € de participation forfaitaire			Tarif conventionnel - Reste à charge : participation forfaitaire
Honoraires médecins secteur 2 (non adhérents OPTAM ou OPTAM-CO)	Honoraires libres	BR	70% BR - 2 € (participation forfaitaire)	30 % BR + depassement prévu au contrat (5)				2 € de participation forfaitaire + dépassement selon contrat				
Ex : Consultation pédiatre pour enfant de 2 à 16 ans	62 €	23 €	16,10 €	12,30 €	22,30 €	29,90 €	20 € pour un spécialiste (par acte)	34 €	24 €	16 €	0 €	Tarif conventionnel - Reste à charge : participation forfaitaire
Ex : Consultation médecin spécialiste pour un patient de plus de 18 ans (gynecologie, ophtalmologie, dermatologie, etc...)	66 €	23 €	14,10 €	14,30 €	24,30 €	31,90 €	20 € pour un spécialiste (par acte)	38 €	28 €	20 €	0 €	
Prothèses diverses, petits appareillages	Prix moyen	BR	60% BR	40 % BR + depassement dans la limite du forfait annuel				dépassement selon contrat				
Ex : Achat de béquilles	26,71 €	24,40 €	14,64 €	12,07 €	12,07 €	12,07 €	300 € par an *	0 €	0 €	0 €		Prix moyen national de l'acte

**EXEMPLES DE REMBOURSEMENTS (1) - Mutuelle de Pévoyance et de Santé MPS**  
Issu de l'avis du CCSF du 11 mai 2021 - Lisibilité des contrats "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 RENFORT surcomplémentaire MPS	Reste à charge				Commentaires
					Options : B - B LABEL - B60 - ESSENTIEL	Options : C - C LABEL - C60 - CONFORT	Options : D - D LABEL - D60 - PREMIUM		Options : B - B LABEL - B60 - ESSENTIEL	Options : C - C LABEL - C60 - CONFORT	Options : D - D LABEL - D60 - PREMIUM	Options : D + Surco F ou PREMIUM + Surco RENFORT	
DENTAIRE													
Soins et prothèses 100% santé		Honoraire limite de facturation (HLF)	BR	60% BR	40% BR + dépassement dans la limite du PLV (4)								
Ex : Pose d'une couronne ceramo-métallique sur incisives, canines et premières prémolaires		515 €	120 €	72 €	443 €	443 €	443 €		0 €	0 €	0 €	0 €	Prix limite de vente
Soins hors 100% santé		Tarif de convention	BR	60% BR	40% BR								
Ex : Détartrage		43,38 €	43,38 €	26,03 €	17,35 €	17,35 €	17,35 €		0 €	0 €	0 €		Tarif conventionnel
Forfaits MPS pour Prothèse dentaire, inlay, implant dentaire PAR AN (jusqu'à épuisement du forfait)					Forfait option : 300 € par an *	Forfait option : 700 € par an *	Forfait option : 1 200 € par an *	Forfait option : 450 € par an *					
Prothèses hors 100% santé		Prix moyen national	BR	60% BR	40% BR + dépassement si prévu au contrat dans la limite du forfait annuel				Selon contrat				
Ex : Couronne céramo-métallique sur molaires		561,99 €	120 €	72 €	348,00 €	489,99 €	489,99 €	450 € par an	142 €	0 €	0 €	0 €	Prix moyen national de l'acte
Implantologie		Prix moyen national	BR	60% BR ou non remboursé	40% BR + dépassement si prévu au contrat dans la limite du forfait annuel				Selon contrat				
Ex : Pose d implants ou de matériel pour implantologie		1 000,00 €	0 €	0 €	300 €	700,00 €	1 000,00 €	450 € par an	700,00 €	300 €	0 €	0 €	
Ex : Couronne sur implant		1 000,00 €	107,50 €	64,50 €	343,00 €	743,00 €	935,50 €		592,50 €	193 €	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		714 €	193,50 €	193,50 €	150 €	300 €	526,50 €	400 € par an	370,60 €	220,60 €	0 €	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 limite de vente (PLV)	BR	60% BR	40% BR + dépassement dans la limite du PLV (4)				0 €				
Ex : Equipement complet	Verre simple	42,50 €	12,75 €	7,65 €	34,85 €	34,85 €	34,85 €		0 €	0 €	0 €		
	Verre simple	42,50 €	12,75 €	7,65 €	34,85 €	34,85 €	34,85 €		0 €	0 €	0 €		
	Monture	30,00 €	9 €	5,40 €	24,60 €	24,60 €	24,60 €		0 €	0 €	0 €		
Ex : Equipement complet	Verre progressif	90,00 €	27 €	16,20 €	73,80 €	73,80 €	73,80 €		0 €	0 €	0 €		
	Verre progressif	90,00 €	27 €	16,20 €	73,80 €	73,80 €	73,80 €		0 €	0 €	0 €		
	Monture	30,00 €	9 €	5,40 €	24,60 €	24,60 €	24,60 €		0 €	0 €	0 €		
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	112 €	0,05 €	0,03 €	49,97 €	99,97 €	124,97 €	200 € par an pour lunettes et/ou chirurgie oculaire non remboursée	62,00 €	12,00 €	0 €	0 €	
	Verre simple	112 €	0,05 €	0,03 €	49,97 €	99,97 €	124,97 €		62,00 €	12,00 €	0 €		
	Monture	148 €	0,05 €	0,03 €	99,97 €	99,97 €	99,97 €		48,00 €	48,00 €	48,00 €		
Ex : Equipement complet	Verre progressif	246 €	0,05 €	0,03 €	49,97 €	99,97 €	174,97 €		196,00 €	146,00 €	71,00 €	0 €	
	Verre progressif	246 €	0,05 €	0,03 €	49,97 €	99,97 €	174,97 €		196,00 €	146,00 €	71,00 €		
	Monture	148 €	0,05 €	0,03 €	99,97 €	99,97 €	99,97 €		48,00 €	48,00 €	48,00 €		
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 honoraires	selon honoraires	selon honoraires	selon honoraires
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	selon contrat	

**EXEMPLES DE REMBOURSEMENTS (1) - Mutuelle de Prévoyance et de Santé MPS**  
Issu de l'avis du CCSF du 11 mai 2021 - Lisibilité des contrats "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 RENFORT surcomplémentaire MPS	Reste à charge				Commentaires
				ESSENTIEL	CONFORT	PREMIUM		ESSENTIEL	CONFORT	PREMIUM	PREMIUM + Surcomplémentaire RENFORT	
AIDES AUDITIVES												
Equiperment 100% santé	Prix limite de vente (PLV)	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
Equiperment hors 100% santé	Prix moyen national	BR	60% BR	40% BR + dépassements si prévu au contrat dans la limite des plafonds reglementaires				0 €				
Par oreille pour un patient de plus de 20 ans	1 515 €	400 €	240 €	410 €	560 €	910 €	550 € par an	865 €	715 €	365 €	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	1 515 €	1 400 €	840 €	675 €	675 €	675 €	550 € par an	0 €	0 €	0 €		
FORFAITS EN SUS MPS sans prise en charge AMO												
Actes non pris en charges par AMO	Prix moyen	Non remboursé	Non remboursé	Forfaits				dépassement selon contrat				
Homéopathie	NC	NC	NC	100 € par an	100 € par an	100 € par an						
Densitométrie osseuse	NC	0 €		40 € par an	50 € par an	60 € par an	40 € par an					
Médecines douces (ostéopathe, chiropracteur, acupuncteur, podologue, psychologue, diététicien, nutritionniste, ergothérapeute, psychomotricien, reflexologue, étio-pathe, mésothérapeute, naturopathe, hypnothérapeute)	60 €	0 €	0 €	15 €	20 €	25 €	20 €	45 €	40 €	35 €	15 €	
Forfait accouchement , par enfant si naissance multiple (après 1 an d'adhésion et pour l'adherent principal uniquement)	NC	NC	NC	200 €	300 €	450 €	200 €					
Prévention : Densitométrie osseuse	NC	NC	NC	40 €	50 €	60 €	40 €					
Cure thermale : 100% du TM + un forfait pour transport et/ou hebergement	NC	NC	NC	140 €	140 €	140 €						

(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.

(6) Prix moyens pratiqués & tarifs réglementés : Les tarifs moyens et les tarifs réglementés retenus dans les exemples ont été communiqués par la DSS, Ministère des Solidarités et de la Santé sur la base des dernières données connues. Les tarifs réglementés sont ceux applicables au 1er janvier 2025. Pour information, la dernière version des prix moyens pratiqués est publiée sur le site de l'UNOCAM.

**Nota** : Depuis le 15 mai 2024, le montant de la participation forfaitaire s'élève à 2€ - Tarifs en vigueur issus de la convention médicale signée le 4 juin 2024 et publiée au JORF du 21 juin 2024

*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/>)*