



## VOS PRESTATIONS SANTE, COMPATIBLES RESTE A CHARGE 0

La participation de l'Assurance Maladie Obligatoire (AMO) correspond à un pourcentage de la Base de Remboursement (BR) ou au montant en euros de celui-ci. La BR est la base de calcul du montant des remboursements des frais de santé par l'AMO en France. Les tarifs desdits remboursements sont fixés par convention entre les professionnels de santé et la Caisse Nationale d'Assurance Maladie (CNAM).

La Mutuelle Familiale applique la réglementation sur les contrats responsables. Les montants mentionnés dans les tableaux ci-après s'appliquent si l'assuré respecte le parcours de soins coordonnés. Les garanties issues de la réglementation sur le Reste à Charge 0 en santé (cf. optique et dentaire) sont consultables sur le décret n°2019-21 du 11 janvier 2019 et sur notre site [mutuelle-familiale.fr](http://mutuelle-familiale.fr) (rubrique : Qui Sommes-Nous ? / Gouvernance et statuts).

La participation de La Mutuelle Familiale est exprimée soit en pourcentage de la BR soit en euros. Pour tout acte ou frais de santé pris en charge par l'AMO et ne figurant pas dans les tableaux ci-après, La Mutuelle Familiale rembourse le Ticket modérateur (partie des dépenses de santé à la charge du patient après le remboursement de l'AMO). Les franchises et participations forfaitaires, ainsi que la majoration de la participation de l'assuré ne pourront donner lieu à remboursement. Conformément à la réglementation sur les contrats responsables, La Mutuelle Familiale pratique le tiers payant.



### Soins courants

	Remboursements AMO + Mutuelle	Niveau 3
<b>Honoraires paramédicaux</b>		
Honoraires paramédicaux		100 % BR
<b>Honoraires médicaux</b>		
Honoraires médicaux (visites, téléconsultation, consultations médicales généralistes, spécialistes, et psychologues conventionnés)		
<ul style="list-style-type: none"> <li>Médecins signataires de l'OPTAM/OPTAM CO<sup>(1)</sup></li> <li>Médecins non signataires de l'OPTAM/OPTAM CO<sup>(1)</sup></li> <li>Psychologues conventionnés et remboursés par l'AMO ~ dans la limite de 8 séances par année civile ~</li> </ul>		220 % BR 200 % BR 100 % BR
<b>Actes Techniques Médicaux ou petite chirurgie</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>Médecins signataires de l'OPTAM/OPTAM CO<sup>(1)</sup></li> <li>Médecins non signataires de l'OPTAM/OPTAM CO<sup>(1)</sup></li> </ul>		220 % BR 200 % BR
<b>Médicaments</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>Médicaments à SMR (service médical rendu) majeur, modéré et faible (65%, 30%, 15%)</li> <li>Pharmacie non remboursée par le RO sur prescription médicale</li> </ul> ~ forfait par année civile ~		100 % BR 40 €
<b>Analyses et examens de laboratoire</b>		
Analyses et examens de laboratoire		100 % BR
<b>Imagerie médicale (radiographie, scanner, IRM, échographie...)</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>Médecins signataires de l'OPTAM/OPTAM CO<sup>(1)</sup></li> <li>Médecins non signataires de l'OPTAM/OPTAM CO<sup>(1)</sup></li> </ul>		220 % BR 200 % BR
<b>Matériel médical</b>		
Bas, collants et chaussettes de contention ~ forfait par année civile ~		100 % BR + 50 €
Prothèse mammaire externe et prothèse capillaire suite à cancer et chimiothérapie sur prescription médicale ~ forfait par année civile ~		100 % BR + 400 €
Autres prothèses médicales et appareillage ~ forfait par année civile ~		100 % BR + 100 €

<sup>1</sup> : OPTAM-CO : Option Pratique TARifaire Maîtrisée - Chirurgie et Obstétrique



## Bien-être et prévention

Remboursements AMO + Mutuelle

### Niveau 3

#### Prestations Bien-être

Médecines douces : chiropractie-ostéopathie-acupuncture - psychologie-psychanalyse – diététicien – pédicure – podologie

Thérapies complémentaires

Réalisées par un praticien Diplômé d'Etat (DE) ou inscrites au RNCP<sup>(1)</sup>

~ 4 séances par année civile ~

30 € / séance

Cure thermale remboursée par l'AMO : soins + transport + hébergement

~ forfait par année civile ~

100 % BR + 300 €

Contraception non remboursée par le RO sur prescription médicale (pilules toutes générations et stérilet)

~ forfait par année civile ~

60 €

Sevrage tabagique remboursé par l'AMO et sur prescription médicale

~ forfait par année civile ~

100 % BR + 50 €

Prise en charge d'un conseiller en environnement intérieur sur prescription médicale

~ forfait par année civile ~

50 €

Participation à un abonnement annuel sportif, musical, artistique <sup>(2)</sup>

~ forfait par année civile ~

20 €

<sup>1</sup> : Répertoire National des Certifications Professionnelles. Cf liste définie par La Mutuelle Familiale

<sup>2</sup> : Offre soumise à conditions

#### Ateliers de prévention accessibles à tous sur inscription, inclus dans toutes les garanties

- **Ateliers Santé** : en petits groupes, pour des échanges privilégiés sur des thèmes variés : alimentation, sommeil, activité physique, mémoire, bien-être, alternatives cosmétiques, produits ménagers...
- **Conférences** : animées par des professionnels de santé (médecin du sport, toxicologue, éco-infirmier, kiné...)
- **Stands, dépistages, animations santé et expositions** : Journée Nationale de l'Audition, Journée Mondiale du Diabète, Octobre Rose...
- **+ des conseils santé sur [mapreventionsante.fr](http://mapreventionsante.fr)**



## Hospitalisation

La prise en charge de l'hospitalisation est limitée aux établissements conventionnés par l'assurance maladie – à l'exclusion des établissements médico-sociaux.

Prise en charge du TM (ticket modérateur) en établissement non conventionné (hors établissements médico-sociaux)

Remboursements AMO + Mutuelle

### Niveau 3

<b>Forfait journalier hospitalier</b> Forfait journalier hospitalier (en hospitalisation médicale, chirurgicale et en établissement spécialisé) ~ forfait par jour sans limitation de durée ~	<b>100 % Frais réels</b>
<b>Frais de séjour</b> Frais de séjour en hospitalisation médicale et chirurgicale, maternité, psychiatrie, soins de suite et de réadaptation, maison de convalescence	<b>100 % BR</b>
Participation forfaitaire pour les actes médicaux dont le prix est supérieur à 120 €	<b>100 % Frais réels</b>
Forfait patient urgences	<b>100 % Frais réels</b>
<b>Chambre particulière</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Chambre particulière en hospitalisation médicale ou chirurgicale ~ forfait par jour dans la limite de 60 jours par année civile ~</li> <li>Chambre particulière en psychiatrie ~ forfait par jour dans la limite de 60 jours par année civile ~</li> </ul>	<b>60 €</b> <b>40 €</b>
Solidarité familiale : <b>Possibilité pour les membres participants de faire bénéficier leurs ayants-droit régulièrement inscrits au bénéfice de la garantie, jusqu'à 10 jours, en cas de non utilisation du forfait chambre particulière par l'adhérent durant l'année civile</b>	
Frais d'accompagnant de l'adhérent ou de l'un de ses bénéficiaires hospitalisés ~ forfait par jour dans la limite de 90 jours par année civile ~	<b>15 €</b>
<b>Honoraires</b> Honoraires (chirurgie, anesthésie) : <ul style="list-style-type: none"> <li>Médecins signataires de l'OPTAM/OPTAM CO<sup>(1)</sup></li> <li>Médecins non signataires de l'OPTAM/OPTAM CO<sup>(1)</sup></li> </ul>	<b>220 % BR</b> <b>200 % BR</b>
<b>Maternité</b> Honoraires anesthésie (incluant péridurale) et obstétrique : <ul style="list-style-type: none"> <li>Médecins signataires de l'OPTAM/OPTAM CO<sup>(1)</sup></li> <li>Médecins non signataires de l'OPTAM/OPTAM CO<sup>(1)</sup></li> </ul>	<b>220 % BR</b> <b>200 % BR</b>
Chambre particulière ~ forfait par jour dans la limite de 5 jours par année civile ~	<b>60 €</b>
Allocation de naissance ou adoption d'un enfant ~ forfait par enfant si inscrit à la mutuelle comme ayant droit ~	<b>200 €</b>
<b>Autres</b> Actes Techniques Médicaux ou petite chirurgie <ul style="list-style-type: none"> <li>Médecins signataires de l'OPTAM/OPTAM CO<sup>(1)</sup></li> <li>Médecins non signataires de l'OPTAM/OPTAM CO<sup>(1)</sup></li> </ul>	<b>220 % BR</b> <b>200 % BR</b>
Transport en ambulance, VSL	<b>100 % BR</b>

<sup>1</sup> : OPTAM-CO : Option Pratique TARifaire Maîtrisée - Chirurgie et Obstétrique

**RAC 0 : Equipement optique remboursé dans la limite du Prix Limite de Vente (PLV)****(classe A, cf. annexe consultable sur [www.mutuelle-familiale.fr](http://www.mutuelle-familiale.fr))***limité à un remboursement tous les 2 ans*

Monture	100 % Frais réels
Verre	100 % Frais réels
Prestation d'appairage / verres filtrés / adaptation	100 % Frais réels
Adaptation ordonnance en renouvellement	100 % Frais réels

**Panier libre : Equipements optiques remboursés par l'AMO relevant du panier libre (classe B) limité à un remboursement tous les 2 ans**

Monture	80 €
Verre simple ~ <i>par verre</i> ~ (1)	45 €
Verre complexe ~ <i>par verre</i> ~ (2)	80 €
Verre très complexe ~ <i>par verre</i> ~ (3)	80 €
Adaptation ordonnance en renouvellement ~ <i>dans la limite du PLV</i> ~	100 % Frais réels

**Autres**

• Lentilles prescrites acceptées par l'AMO ~ <i>forfait par année civile</i> ~	100 % BR + 150 €
• Lentilles prescrites refusées par l'AMO ~ <i>forfait par année civile</i> ~	150 €
Chirurgie de l'œil (réfractive, DMLA et cataracte) ~ <i>forfait par œil et par année civile</i> ~	500 €

**Priorité Prévention**

Des examens obligatoires périodiques remboursés, consultations avec un bilan visuel systématique (8-9 ans, 11-13 ans, 15-16 ans)

Renouvellement de l'équipement optique :

Prise en charge limitée à un équipement optique (2 verres + 1 monture) au terme d'une période minimale :

- de 2 ans, pour les adultes et pour les enfants de 16 ans et plus,
- de 1 an, pour les enfants de plus de 6 ans et moins de 16 ans,
- de 6 mois, pour les enfants jusqu'à 6 ans en cas de mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage de l'enfant entraînant des pertes d'efficacité du verre correcteur.

Renouvellement anticipé de l'équipement possible notamment en cas d'évolution de la vue ou situations médicales particulières, telles que définies par arrêté du 3 décembre 2018.

- (1) Verres simples A : verres unifocaux sphère de -6,00 à +6,00 - ou verres unifocaux cylindre < ou égal +4,00 et sphère -6,00 à 0 – ou verres unifocaux sphère positive et somme sphère + cylindre < ou égale à 6,00 (cf. décret n°2019-21 du 11 janvier 2019)
- (2) Verres complexes C : autres verres unifocaux – verres multifocaux ou progressifs sphère de -4,00 à +4,00 - ou verres multifocaux cylindre < ou égal à +4,00 et sphère de -8,00 à 0 – ou verres multifocaux ou progressifs sphère positive et somme sphère + cylindre < ou égale à 8,00 (cf. décret n°2019-21 du 11 janvier 2019)
- (3) Verres très complexes F : autres verres multifocaux ou progressifs (cf. décret n°2019-21 du 11 janvier 2019)

**RAC 0 : Prothèses dentaires – dans la limite des Honoraires Limite de Facturation (HLF)**~ cf. annexe consultable sur [www.mutuelle-familiale.fr](http://www.mutuelle-familiale.fr) ~

100 % Frais réels

**Panier maîtrisé : Prothèses dentaires (dont bridges) – dans la limite des Honoraires Limite de Facturation (HLF)**~ cf. annexe consultable sur [www.mutuelle-familiale.fr](http://www.mutuelle-familiale.fr) ~

300 % BR

**Panier libre : Prothèses dentaires remboursées par l'AMO**

Inlay Core

300 % BR

Inlay - Onlay

Plafond de 350 €/an

~ par acte ~

300 % BR

Prothèses dentaires fixes

Plafond annuel dentaire  
limité à 2 000 €

- prothèse métallique
- prothèse céramo-céramique, céramo-métallique
- couronne dentaire transitoire

100 % BR + 350 €  
100 % BR + 350 €  
100 % BR + 40 €

Implantologie

- implant non remboursé ~ limite de 5 implants par année civile ~
- couronne dentaire implantoportée ~ forfait par année civile ~
- autres actes prothétiques d'implantologie ~ forfait par année civile ~

200 € / implant  
100 % BR + 350 €  
100 % BR + 200 €

Prothèses dentaires amovibles ~ forfait par année civile ~

100 % BR + 375 €

**Soins**

Consultations et soins dentaires

100 % BR

Orthodontie remboursée par l'AMO

~ forfait par semestre de date à date - si TO 45, forfait divisé par 2 ~

100 % BR + 250 €

Autres actes liés à l'orthodontie (examen, surveillance, contention) remboursés par l'AMO

100 % BR

**Réparations**

Ablation d'un bloc métallique coulé ou d'une prothèse dentaire à tenon radulaire scellé

100 % BR

Ablation d'une prothèse dentaire scellée unitaire

100 % BR

Changement de dispositif d'attachement d'une prothèse dentaire amovible supra implantaire

100 % BR

Révision des piliers implantoportés d'une prothèse dentaire

100 % BR

**Priorité Prévention**

- Examens bucco-dentaires dès 3 ans pris en charge à 100 % (3, 6, 9, 12, 15, 18, 21 et 24 ans)
- Forfait prévention remboursé (soins et conseils effectués par les dentistes)
- Nouveaux soins remboursés (vernis fluorés pour les enfants de 6 à 9 ans présentant un risque carieux élevé)



**RAC 0 : Aides auditives de classe I à prise en charge renforcée et limitée à un remboursement par oreille tous les 4 ans dans la limite du prix limite de vente**

~ cf. annexe consultable sur [www.mutuelle-familiale.fr](http://www.mutuelle-familiale.fr) ~

**100 % Frais réels**

**Panier libre : Aides auditives de classe II limitées à un remboursement par oreille tous les 4 ans - Plafond maximum de remboursement de 1700€ par oreille AMO + Mutuelle**

Age inférieur ou égal à 20 ans  
~ forfait par oreille ~

**100 % BR + 300 €**

Age supérieur à 20 ans  
~ forfait par oreille ~

**100 % BR + 350 €**

Piles auditives  
~ forfait par année civile ~

**100 % BR + 20€**

Entretien et réparation

**100 % BR**

**Priorité Prévention**

- Des examens obligatoires périodiques remboursés, consultations avec un bilan auditif (8-9 ans, 11-13 ans, 15-16 ans)

## Exemples de Remboursement<sup>1</sup> Niveau 3

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 Niveau 3	Reste à charge
<b>Hospitalisation</b>					
<i>Forfait journalier hospitalier (hébergement)</i>	20 € (15 € en service psychiatrique)	0 €	0 €	20 € (15 €)	0 €
<i>Chambre particulière (sur demande du patient)</i>	Non connu (NC)	Non remboursé	Non remboursé	60 € par nuitée	Selon les frais engagés
<b>Séjours avec actes lourds</b>					
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>Exemple d'une opération chirurgicale de la cataracte, en secteur privé</b>					
<b>Frais de séjour</b>	<b>Différent selon public/privé</b>	<b>BR</b>	<b>BR – 24 €</b>	<b>24 €</b>	<b>0 €</b>
<i>Frais de séjour en secteur privé</i>	<i>Tarif moyen de 745,54 €</i>	745,54 €	721,54 €	24 €	0 €
<b>Honoraires médecins adhérents OPTAM ou OPTAM-CO</b>	<b>Dépassements maîtrisés</b>	<b>BR</b>	<b>100 % BR</b>	<b>Dépassements si prévu au contrat</b>	<b>Niveau 3</b>
<i>Opération en secteur privé : honoraires chirurgien</i>	<i>Tarif moyen de 355 €</i>	271,70 €	271,70 €	83,30 €	0 €
<b>Honoraires médecins secteur 2 (non adhérents OPTAM ou OPTAM-CO)</b>	<b>Honoraires libres</b>	<b>BR</b>	<b>100 % BR</b>	<b>Dépassement si prévu au contrat (remboursement des dépassements plafonné à 100% BR)</b>	<b>Niveau 3</b>
<i>Opération en secteur privé : honoraires chirurgien</i>	<i>Tarif moyen de 447 €</i>	271,70 €	271,70 €	175,30 €	0 €
<b>Séjours sans acte lourd</b>					
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>Exemple d'un suivi d'une pneumonie ou pleurésie pour un patient de plus de 17 ans, en hôpital public</b>					
<b>Frais de séjour</b>	<b>Différent selon public/privé</b>	<b>BR</b>	<b>80 % BR</b>	<b>20 % BR</b>	<b>0 €</b>
<i>Frais de séjour en secteur public</i>	<i>Tarif moyen de 3270,12 €</i>	3270,12 €	2616,10 €	654,02 €	0 €

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 AMO (Assurance maladie obligatoire)	Remboursement Niveau 3	Reste à charge
<b>Soins courants</b>					
<b>Honoraires médecins secteur 1</b> (généralistes ou spécialistes)	<b>Tarif de convention</b>	<b>BR</b>	<b>70 % BR – 1 €</b>	<b>30 % BR</b>	<b>1 € de participation forfaitaire</b>
<i>Ex : consultation médecin traitant généraliste pour un patient de plus de 18 ans</i>	25 €	25 €	16,50 €	7,50 €	1 € de participation forfaitaire
<i>Ex : consultation pédiatre pour enfant de moins de 6 ans</i>	32 €	32 €	22,40 €	9,60 €	0 €
<i>Ex : consultation médecin spécialiste pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie, ophtalmologie, dermatologie, etc...)</i>	30 €	30 €	20 €	9 €	1 € de participation forfaitaire
<b>Honoraires médecins adhérents OPTAM ou OPTAM-CO</b>	<b>Dépassements maîtrisés</b>	<b>BR</b>	<b>70 % BR – 1 €</b>	<b>30 % BR + dépassement si prévu au contrat</b>	<b>1 € de participation forfaitaire plus dépassement selon le contrat Niveau 3</b>
<i>Ex : consultation pédiatre pour enfant de moins de 6 ans</i>	32 €	32 €	22,40 €	9,60 €	0 €
<i>Ex : consultation médecin spécialiste pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie, ophtalmologie, dermatologie, etc...)</i>	44 €	30 €	20 €	23 €	1 €
<b>Honoraires médecins secteur 2</b> (non adhérents OPTAM ou OPTAM-CO)	<b>Honoraires libres</b>	<b>BR</b>	<b>70% BR – 1€</b>	<b>30 % BR + dépassement si prévu au contrat (remboursement des dépassements plafonné à 100% BR)</b>	<b>1€ de participation forfaitaire, plus dépassement selon le contrat Niveau 3</b>
<i>Ex : consultation pédiatre pour enfant de 2 à 16 ans</i>	55 €	23 €	16,10 €	29,90 €	9 €
<i>Ex : consultation médecin spécialiste pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie, ophtalmologie, dermatologie, etc...)</i>	57 €	23 €	15,10 €	29,90 €	12 €
<b>Matériel médical</b>	<b>Tarif moyen facturé</b>	<b>BR</b>	<b>60% BR</b>	<b>40 % BR + dépassement si prévu au contrat</b>	<b>Niveau 3</b>
<i>Ex : achat d'une paire de béquilles</i>	25,80 €	24,40 €	14,64 €	11,16 €	0 €



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 AMO (Assurance maladie obligatoire)	Remboursement Niveau 3	Reste à charge
<b>Dentaire</b>					
<b>Soins et prothèses 100% santé</b>	Prix moyen national	BR	70% BR	30% BR + dépassement dans la limite du plafond des honoraires	0€
<i>Ex : pose d'une couronne céramo-métallique sur incisives, canines et premières prémolaires</i>	500 €	120 €	84 €	416 €	0 €
<b>Soins (hors 100% santé)</b>	Tarif de convention	BR	70% BR	30% BR + dépassement si prévu au contrat	Niveau 3
<i>Ex : détartrage</i>	43,38 €	43,38 €	30,36 €	13,02 €	0 €
<b>Prothèses (hors 100% santé)</b>	Prix moyen national	BR	70% BR	30% BR + dépassement si prévu au contrat	Niveau 3
<i>Ex : couronne céramo-métallique sur molaires</i>	537,48 €	120 €	84 €	386 €	67,48 €
<b>Orthodontie (moins de 16 ans)</b>	Prix moyen national	BR	100 % BR	Dépassement si prévu au contrat	Niveau 3
<i>Ex : traitement par semestre (6 semestres max)</i>	720 €	193,50 €	193,50 €	250 €	276,50 €
<b>Optique</b>					
<b>Équipement 100% santé</b>	Prix moyen national	BR	60 % BR	40 % BR + dépassement dans la limite des PLV <sup>4</sup>	0 €
<i>Ex : verres simples + monture</i>	41 € (par verre) + 30 € (monture)	12,75 € par verre + 9 €	7,65 € par verre + 5,40 €	33,35 € par verre + 24,60 €	0 €
<i>Ex : verres progressifs + monture</i>	90 € (par verre) + 30 € (monture)	27 € par verre + 9 €	16,20 € par verre + 5,40 €	73,80 € par verre + 24,60 €	0 €
<b>Équipement (hors 100% santé)</b>	Prix moyen national	BR	60 % BR	40 % BR + dépassement si prévu au contrat, dans la limite des plafonds réglementaires	Niveau 3
<i>Ex : verres simples + monture</i>	100 € (par verre) + 139 € (monture)	0,05 € par verre + 0,05 €	0,03 € par verre + 0,03 €	44,97 € par verre + 79,97 €	169 €
<i>Ex : verres progressifs + monture</i>	231 € (par verre) + 139 € (monture)	0,05 € par verre + 0,05 €	0,03 € par verre + 0,03 €	79,97 € par verre + 79,97 €	361 €
<b>Lentilles</b>	Prix moyen national	Pas de prise en charge (dans le cas général)	Pas de prise en charge (dans le cas général)	Prise en charge si prévu au contrat	Niveau 3
<i>Forfait annuel</i>	Non connu	Non remboursé (dans le cas général)	Non remboursé (dans le cas général)	100 % BR + 150 €	Selon les frais engagés
<b>Chirurgie réfractive</b>	Prix moyen national	Non remboursé	Non remboursé	Prise en charge si prévu au contrat	Niveau 3
<i>Ex : opération corrective de la myopie</i>	Non connu	Non remboursé	Non remboursé	500 € par œil	Selon les frais engagés

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 AMO (Assurance maladie obligatoire)	Remboursement Niveau 3	Reste à charge
<b>Aides auditives</b>					
Équipement 100% santé	Prix moyen national	BR	60% BR	40% BR + dépassement dans la limite des PLV	0 €
<i>Par oreille pour un patient de plus de 20 ans</i>	950 €	400 €	240 €	710 €	0 €
Équipement (hors 100% santé)	Prix moyen national	BR	60% BR	40% BR + dépassement si prévu au contrat, dans la limite des plafonds réglementaires	Niveau 3
<i>Par oreille pour un patient de plus de 20 ans</i>	1476 €	400 €	240 €	510 €	726 €

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.

**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/>)