



## VOS GARANTIES 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, dentaire, et audio) sont consultables sur le décret n°2019-21 du 11 janvier 2019 et sur notre site 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 <sup>(1)</sup> + Mutuelle
<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>(3)</sup></li> <li>Médecins non signataires de l'OPTAM/OPTAM CO</li> <li>Psychologues conventionnés et remboursés par l'AMO ~ dans la limite de 8 séances par année civile ~</li> </ul>	<p>250 % BR <sup>(2)</sup></p> <p>200 % BR</p> <p>100 % BR</p>
<b>Honoraires paramédicaux</b>	
Honoraires paramédicaux (infirmiers, masseurs kinésithérapeutes, orthophonistes ...)	200 % BR
<b>Actes Techniques Médicaux ou petite chirurgie</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>Médecins signataires de l'OPTAM/OPTAM CO</li> <li>Médecins non signataires de l'OPTAM/OPTAM CO</li> </ul>	<p>250 % BR</p> <p>200 % BR</p>
<b>Médicaments</b>	
Médicaments à SMR (service médical rendu) majeur et modéré et faible (65%, 30% et 15%) Automédication : médicaments remboursables par l'AMO non prescrits ~ forfait par année civile ~	<p>100 % BR</p> <p>50 €</p>
<b>Analyses et examens de laboratoire</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>Analyses et examens de laboratoire signataires de l'OPTAM/OPTAM-CO</li> <li>Analyses et examens de laboratoire non signataires</li> </ul>	<p>200 % BR</p> <p>180% BR</p>
<b>Imagerie médicale (radiographie, scanner, IRM, échographie...)</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>Médecins signataires de l'OPTAM/OPTAM CO</li> <li>Médecins non signataires de l'OPTAM/OPTAM CO</li> </ul>	<p>200 % BR</p> <p>180 % BR</p>
<b>Matériel médical</b>	
Orthèses dont bas, collants et chaussettes de contention	200 % BR
Semelles orthopédiques	200 % BR
Grand appareillage (véhicule pour personne à mobilité réduite, lit médicalisé...) ~ forfait par année civile ~	100 % BR + 270 €
Prothèse mammaire ou capillaire sur prescription médicale ~ forfait par année civile ~	100 % BR + 150 €
Autres prothèses médicales et appareillage	200 % BR
<b>Autre</b>	
Transport	100 % BR

## Hospitalisation

Remboursements AMO<sup>(1)</sup>  
+ Mutuelle

La prise en charge est limitée aux établissements conventionnés par l'assurance maladie – à l'exclusion des établissements médico-sociaux.  
Prise en charge du Ticket modérateur (TM) en établissement non conventionné (hors établissements médico-sociaux)

Forfait journalier hospitalier ~ <i>forfait par jour sans limitation de durée</i> ~ (hors établissement médico-sociaux)	<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 €, ou ayant un coefficient supérieur ou égal à 60	<b>100 % Frais réels</b>
Forfait patient urgences	<b>100 % Frais réels</b>
Chambre particulière, à l'exclusion des établissements médico-sociaux, hors ambulatoire ~ <i>forfait par nuitée</i> ~	<b>70 €</b> <i>90 nuitées par année civile</i>
Chambre particulière en ambulatoire ~ <i>forfait par jour</i> ~	<b>20 €</b>
Frais d'accompagnant ~ <i>forfait pour accompagner un enfant de moins de 16 ans ou un adulte de plus de 70 ans</i> ~	<b>100 % Frais réels</b> <i>90 jours par an</i>
<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>Honoraires</b>	
Honoraires (chirurgie, anesthésie) :	
• Médecins signataires de l'OPTAM/OPTAM CO	<b>300 % BR</b>
• Médecins non signataires de l'OPTAM/OPTAM CO	<b>200 % BR</b>
<b>Maternité</b>	
Honoraires anesthésie (incluant péridurale) et obstétrique :	
• Médecins signataires de l'OPTAM/OPTAM CO	<b>300 % BR</b>
• Médecins non signataires de l'OPTAM/OPTAM CO	<b>200 % BR</b>
Allocation de naissance ou adoption d'un enfant ~ <i>forfait par enfant si inscrit à la mutuelle comme ayant droit</i> ~	<b>330 €</b>
<b>Autres</b>	
Actes Techniques Médicaux ou petite chirurgie	
• Médecins signataires de l'OPTAM/OPTAM CO	<b>250 % BR</b>
• Médecins non signataires de l'OPTAM/OPTAM CO	<b>200 % BR</b>
Transport en ambulance, VSL	<b>100 % BR</b>

## Optique<sup>(4)</sup>



Remboursements AMO<sup>(1)</sup>  
+ Mutuelle

Tiers-payant et tarifs préférentiels sur les équipements optiques du réseau Kalixia

### RAC 0 : Equipement optique remboursé dans la limite du Prix Limite de Vente (PLV)

(classe A) ~ cf. annexe consultable sur [mutuelle-familiale.fr](http://mutuelle-familiale.fr) ~ - limité à un remboursement tous les 2 ans

Monture	<b>100 % Frais réels</b>
Verre	<b>100 % Frais réels</b>
Prestation d'appairage / verres filtrés / adaptation	<b>100 % Frais réels</b>
Prestation d'adaptation ordonnance en renouvellement par l'opticien	<b>100 % Frais réels</b>

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

Monture	<b>80 €</b>
Verre simple ~ <i>par verre</i> ~ <sup>(5)</sup>	<b>80 €</b>
Verre complexe ~ <i>par verre</i> ~ <sup>(6)</sup>	<b>100 €</b>
Verre très complexe ~ <i>par verre</i> ~ <sup>(7)</sup>	<b>150 €</b>
Prestation d'adaptation ordonnance en renouvellement par l'opticien ~ <i>dans la limite du PLV</i> ~	<b>100 % Frais réels</b>

### Autres

Lentilles prescrites acceptées ou refusées par l'AMO ~ <i>forfait par année civile</i> ~	<b>100 % BR + 200 €</b>
Chirurgie réfractive ~ <i>forfait par œil et par année civile</i> ~	<b>135 €</b>

### Priorité Prévention

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

## Dentaire



Remboursements AMO<sup>(1)</sup>  
+ Mutuelle

### RAC 0 : Prothèses dentaires – dans la limite des Honoraires Limite de Facturation (HLF)

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

350 % BR

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

	Plafond dentaire annuel limité à 2 500 €(*)
Inlay Core	200 % BR
Inlay – Onlay	200 % BR
Prothèses dentaires fixes <ul style="list-style-type: none"> <li>• Prothèse dentaire remboursée</li> <li>• Prothèse dentaire non remboursée ~ dans la limite de 3 dents par an ~</li> <li>• Forfait annuel supplémentaire dès la 3<sup>ème</sup> année si aucune consommation enregistrée sur les postes dentaires (prothèses, implants, parodontie) dans les 24 mois précédents</li> </ul>	350 % BR 300 € / dent 60 €
Implantologie : <ul style="list-style-type: none"> <li>• implant non remboursé ~ par année civile ~</li> </ul>	350 €

### Soins

Consultations et soins dentaires	100 % BR
Parodontologie non remboursée par l'AMO ~ forfait par année civile ~	350 €
Orthodontie remboursée par l'AMO ~ forfait par semestre de date à date - si TO 45, forfait divisé par 2 ~	250 % BR
Orthodontie non remboursée par l'AMO ~ forfait par semestre ~	300 €
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 présentant un risque carieux élevé)

\*Au-delà du plafond, remboursement dans les limites du ticket modérateur

## Aides auditives



Remboursements AMO<sup>(1)</sup>  
+ Mutuelle

Tiers-payant et tarifs préférentiels sur les équipements auditifs du réseau Kalixia

### Aides auditives de classe I à prise en charge renforcée et limitée à un remboursement par oreille tous les 4 ans

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

100 % Frais réels

### Aides auditives de classe II limitée à un remboursement tous les 4 ans - Plafond maximum de remboursement de 1700€ par oreille AMO + Mutuelle

Age inférieur ou égal à 20 ans ~ par oreille ~	300 % BR
Age supérieur à 20 ans ~ par oreille ~	300 % BR
Piles auditives ~ forfait par année civile ~	100 % BR + 100 €
Entretien et réparation	100 % BR + 100 €

### Priorité Prévention

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

**Plafond de 300 € par année civile les 2 premières années**  
**Plafond de 400 € par année civile la 3ème année**  
**Plafond de 600 € par année civile à partir de la 4ème année <sup>(8)</sup>**

## Prestations Bien-être

Médecines douces : chiropractie - ostéopathie - acupuncture - psychologie - psychanalyse - diététicien - podologie Thérapies complémentaires réalisées par un praticien Diplômé d'Etat (DE) ou inscrit au RNCP <sup>(9)</sup> ~ forfait par année civile ~	<b>200 €</b>
Cure thermale remboursée par l'AMO ~ forfait annuel comprenant soins + transport + hébergement ~	<b>100 % BR + 300 €</b>
Pédicure ~ forfait par année civile ~	<b>60 €</b>
Bilan diététique ~ forfait par année civile ~	<b>50 €</b>

## Prestations Prévention

Prévention Infertilité : diagnostic Infertilité, Fécondation in vitro - Amniocentèse ~ forfait par année civile ~	<b>120 €</b>
Prévention asthme et allergies : prise en charge d'un conseiller en environnement intérieur sur prescription médicale, chambre d'inhalation avec masques pour les enfants de moins de 3 ans, housse de matelas et d'oreillers anti acariens sur prescription médicale ~ forfait par année civile ~	<b>70 €</b>
Dépistage ostéoporose, ostéodensitométrie	<b>100 % BR</b>
Dépistage hépatite B	<b>100% BR</b>
Contraception : pilules toutes générations, patchs contraceptifs, anneaux et stérilet, préservatifs masculins ou féminins et spermicides ~ forfait par année civile ~	<b>100 % BR + 70 €</b>
Sevrage tabagique remboursé par l'AMO et sur prescription médicale ~ forfait par année civile ~	<b>100 % BR + 80 €</b>
Vaccin anti-grippe	<b>100 % Frais réels</b>
Vaccins non remboursés par l'AMO sur prescription médicale ~ forfait par année civile ~	<b>40 €</b>

## Ateliers de prévention (sur inscription)

- **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...)
- **Dépistages, animations santé et expositions** : Journée Nationale de l'Audition, Journée Mondiale du Diabète, Octobre Rose...
- **Conseils santé** sur [mapreventionsante.fr](http://mapreventionsante.fr)

## LEGENDES

(1) AMO : Assurance Maladie Obligatoire

(2) BR : Base de Remboursement

(3) OPTAM-CO : Option Pratique TARifaire Maîtrisée - Chirurgie et Obstétrique.

(4) 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.

(5) 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).

(6) 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).

(7) Verres très complexes F : autres verres multifocaux ou progressifs (cf. décret n°2019-21 du 11 janvier 2019).

(8) La limite s'applique à l'addition des montants en forfait.

(9) Répertoire National des Certifications Professionnelles. Cf liste définie par La Mutuelle Familiale

## Exemples de Remboursement<sup>1</sup> TERREA 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 TERREA 3	Reste à charge
<b>Hospitalisation</b>					
<b>Forfait journalier hospitalier (hébergement)</b>	20 € (15 € en service psychiatrique)	0 €	0 €	20 € (15 €)	0 €
<b>Chambre particulière (sur demande du patient)</b>	Non connu (NC)	Non remboursé	Non remboursé	70 € 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 794,12 €</i>	794,12 €	770,12 €	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>TERREA 3</b>
<i>Opération en secteur privé : honoraires chirurgien</i>	<i>Tarif moyen de 422 €</i>	271,70 €	271,70 €	150,30 €	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>TERREA 3</b>
<i>Opération en secteur privé : honoraires chirurgien</i>	<i>Tarif moyen de 463 €</i>	271,70 €	271,70 €	191,30 €	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 3344,37 €</i>	3344,37 €	2675,30 €	668,87 €	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 TERREA 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>	26,50 €	26,5 €	17,55 €	7,95 €	1 € de participation forfaitaire
<i>Ex : consultation pédiatre pour enfant de 2 à 6 ans</i>	33,50 €	33,50 €	23,45 €	10,05 €	0 €
<i>Ex : consultation médecin spécialiste pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie, obstétrique, ophtalmologie, dermatologie, etc...)</i>	31,50 €	31,50 €	21,05 €	9,45 €	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 TERREA 3</b>
<i>Ex : consultation pédiatre pour enfant de 2 à 6 ans</i>	49 €	33,50 €	23,45 €	25,55 €	0 €
<i>Ex : consultation médecin spécialiste pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie, obstétrique, ophtalmologie, dermatologie, etc...)</i>	52 €	31,50 €	21,05 €	29,95 €	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 TERREA 3</b>
<i>Ex : consultation pédiatre pour enfant de 2 à 16 ans</i>	64 €	23 €	16,10 €	29,90 €	18 €
<i>Ex : consultation médecin spécialiste pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie, obstétrique, ophtalmologie, dermatologie, etc...)</i>	65 €	23 €	15,10 €	29,90 €	20 €
<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>TERREA 3</b>
<i>Ex : achat d'une paire de béquilles</i>	25,99 €	24,40 €	14,64 €	11,35 €	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 TERREA 3	Reste à charge
<b>Dentaire</b>					
<b>Soins et prothèses 100% santé</b>	<b>Honoraire limite de facturation (HLF)</b>	<b>BR</b>	<b>60% BR</b>	<b>40% BR + dépassement dans la limite du plafond des honoraires</b>	<b>0€</b>
<i>Ex : pose d'une couronne céramo-métallique sur incisives, canines et premières prémolaires</i>	500 €	120 €	72 €	428 €	0 €
<b>Soins (hors 100% santé)</b>	<b>Tarif de convention</b>	<b>BR</b>	<b>60% BR</b>	<b>40% BR + dépassement si prévu au contrat</b>	<b>TERREA 3</b>
<i>Ex : détartrage</i>	43,38 €	43,38 €	26,03 €	17,35 €	0 €
<b>Prothèses (hors 100% santé)</b>	<b>Prix moyen national</b>	<b>BR</b>	<b>60% BR</b>	<b>40% BR + dépassement si prévu au contrat</b>	<b>TERREA 3</b>
<i>Ex : couronne céramo-métallique sur molaires</i>	554 €	120 €	72 €	348 €	134 €
<b>Orthodontie (moins de 16 ans)</b>	<b>Prix moyen national</b>	<b>BR</b>	<b>100 % BR</b>	<b>Dépassement si prévu au contrat</b>	<b>TERREA 3</b>
<i>Ex : traitement par semestre (6 semestres max)</i>	698 €	193,50 €	193,50 €	290,25 €	214,25 €
<b>Optique</b>					
<b>Équipement 100% santé</b>	<b>Prix limite de vente (PLV)</b>	<b>BR</b>	<b>60 % BR</b>	<b>40 % BR + dépassement dans la limite des PLV<sup>4</sup></b>	<b>0 €</b>
<i>Ex : verres simples + monture</i>	42,50 € (par verre) + 30 € (monture)	12,75 € par verre + 9 €	7,65 € par verre + 5,40 €	34,85 € 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>	<b>Prix moyen national</b>	<b>BR</b>	<b>60 % BR</b>	<b>40 % BR + dépassement si prévu au contrat, dans la limite des plafonds réglementaires</b>	<b>TERREA 3</b>
<i>Ex : verres simples + monture</i>	107 € (par verre) + 142 € (monture)	0,05 € par verre + 0,05 €	0,03 € par verre + 0,03 €	79,97 € par verre + 79,97 €	116 €
<i>Ex : verres progressifs + monture</i>	239 € (par verre) + 142 € (monture)	0,05 € par verre + 0,05 €	0,03 € par verre + 0,03 €	149,97 € par verre + 79,97 €	240 €
<b>Lentilles</b>	<b>Prix moyen national</b>	<b>Pas de prise en charge (dans le cas général)</b>	<b>Pas de prise en charge (dans le cas général)</b>	<b>Prise en charge si prévu au contrat</b>	<b>TERREA 3</b>
<i>Forfait annuel</i>	<i>Non connu</i>	<i>Non remboursé (dans le cas général)</i>	<i>Non remboursé (dans le cas général)</i>	100 % BR + 200 €	<i>Selon les frais engagés</i>
<b>Chirurgie réfractive</b>	<b>Prix moyen national</b>	<b>Non remboursé</b>	<b>Non remboursé</b>	<b>Prise en charge si prévu au contrat</b>	<b>TERREA 3</b>
<i>Ex : opération corrective de la myopie</i>	<i>Non connu</i>	<i>Non remboursé</i>	<i>Non remboursé</i>	135 € par œil	<i>Selon les frais engagés</i>

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 TERREA 3	Reste à charge
<b>Aides auditives</b>					
Équipement 100% santé	Prix limite de vente (PLV)	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	TERREA 3
<i>Par oreille pour un patient de plus de 20 ans</i>	1565 €	400 €	240 €	960 €	365 €

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/>)***