

LMF Campus 3

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 des Travailleurs Salariés (CNAMTS).

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 sont détaillées dans notre annexe dédiée, consultable sur notre site mutuelle-familiale.fr.

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 médicales 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.

Le contrat LMF CAMPUS est conclu durant une année universitaire, du 1^{er} septembre au 31 août de l'année suivante. Les forfaits sont fractionnables dans l'année universitaire dans la limite des frais engagés, sur présentation du relevé de prestations Sécurité sociale, de factures et ordonnances.



Soins courants



Remboursements Sécurité sociale + Mutuelle (Les majorations et/ou les dépassements liés au non-respect du parcours de soins ne sont pas remboursés par la Mutuelle.)

LMF Campus 3

Honoraires paramédicaux

Auxiliaires médicaux

100 % BR

Honoraires médicaux

Médecins généralistes ou spécialistes ou en accès direct

- Médecins adhérents et non adhérents de l'OPTAM/OPTAM-ACO ⁽¹⁾ et en parcours de soins
- Hors parcours de soins
- Psychologues conventionnés et remboursés par l'AMO ⁽²⁾ ~ dans la limite de 12 séances par année civile ~

100 % BR
30 % BR + 30 % BR
100 % BR

Actes Techniques Médicaux ou petite chirurgie

- Médecins adhérents et non adhérents de l'OPTAM/OPTAM-ACO ⁽¹⁾

100 % BR

Participation forfaitaire pour les actes médicaux dont le prix est supérieur à 120 €, ou ayant un coefficient supérieur ou égal à 60

100 % Frais réels

Pharmacie

Médicaments à SMR (service médical rendu) important (65%) et modéré (30%)

100 % BR

Analyses et examens de laboratoire

Analyses et examens de laboratoire

100 % BR

Imagerie médicale (radiographie, scanner, IRM, échographie...)

- Médecins adhérents et non adhérents de l'OPTAM/OPTAM-ACO ⁽¹⁾ et en parcours de soins
- Hors parcours de soins

100 % BR
30 % BR + 30 % BR

Matériel médical ⁽³⁾

Prothèses - Orthèses

100 % BR

RAC 0 : Prise en charge intégrale dans la limite des PLV

Prothèses capillaires de classe II ⁽⁴⁾

100 % Frais réels

Véhicules pour personnes en situation de handicap en location de moins de 6 mois et des prestations associées ^{(5) (6)}

100 % Frais réels

⁽¹⁾ : Dispositif de pratique tarifaire maîtrisée : OPTAM pour les médecins de secteur 2 qui choisissent d'y adhérer ainsi que certains médecins de secteur 1 ; OPTAM-ACO pour ceux spécialisés en anesthésie, chirurgie et obstétrique.

⁽²⁾ AMO : Assurance Maladie Obligatoire

⁽³⁾ Hors titre IV de la LPP, objets contraceptifs, basse vision, aides auditives et prothèses capillaires de classe II.

⁽⁴⁾ Sous réserve de remplir les conditions fixées par l'Arrêté du 16 octobre 2025 portant modification des modalités de prise en charge des prothèses capillaires et accessoires inscrits au chapitre 2 du titre I de la liste prévue à l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale.

⁽⁵⁾ Inscrits aux titres I et IV sur la liste des produits et prestations (LPP) remboursables prévues à l'article L.165-1 du code de la sécurité sociale.

⁽⁶⁾ Sous réserve de remplir les conditions fixées par l'Arrêté du 6 février 2025 portant modification des modalités de prise en charge de dispositifs médicaux et prestations associées pour la prise en charge des véhicules pour personnes en situation de handicap (VPH) aux titres I et IV de la liste (LPP) prévue à l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale.

Hors du parcours de soins coordonnés, le déremboursement de 40% est limité à 10 euros par acte.



Pack Bien-être

Remboursements Sécurité sociale + Mutuelle (Les majorations et/ou les dépassements liés au non-respect du parcours de soins ne sont pas remboursés par la Mutuelle.)

LMF Campus 3

Prestations Bien-être

Cure thermale remboursée par l'AMO ⁽²⁾	100 % BR
Forfait Ostéopathie ~ dans la limite de 2 séances par année* ~	12 €/séance
Forfait Acupuncture ~ dans la limite de 3 séances par année* ~	12 €/séance
Forfait Nutrition (auprès d'un nutritionniste ou d'un diététicien) ~ dans la limite de 2 consultations par année* ~	20 €/consultation
Forfait suivi psychologique (auprès d'un psychiatre non remboursable par l'AMO ⁽²⁾ ou d'un psychologue clinicien) ~ dans la limite de 5 consultations par année* ~	12 €/consultation
Blanchiment des dents ~ forfait par année* ~	15 €
Forfait semelle orthopédique ~ forfait par année* ~	24 €
Prestations Prévention	
Détartrage dentaire annuel ~ forfait par année* ~	1 détartrage
Forfait tabac stop ~ forfait par année* ~	230€
Forfait préservatifs masculins ~ forfait par année* ~	24 €
Forfait Contraception d'urgence ~ forfait par année* ~	10 €
Forfait Contraception non remboursable (pilule, patch, anneau) ~ forfait par année* ~	20 €
Vaccins et rappels remboursés ou non par l'AMO ⁽²⁾	100 % BR

* Année universitaire du 1er septembre au 31 août de l'année suivante

⁽²⁾ AMO : Assurance Maladie Obligatoire

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...
- **Le programme des actions de prévention** sur mutuelle-familiale.fr/prevention



Hospitalisation

La prise en charge de l'hospitalisation est limitée aux établissements conventionnés par l'assurance maladie – à l'exclusion des établissements médico-sociaux (maison d'accueil spécialisée, établissements d'hébergement pour personnes dépendantes). Prise en charge du TM en établissement non conventionné (hors établissements médico-sociaux).

Remboursements Sécurité sociale + Mutuelle (Les majorations et/ou les dépassements liés au non-respect du parcours de soins ne sont pas remboursés par la Mutuelle.)

LMF Campus 3

Forfait journalier hospitalier sans limitation de durée (hors établissements médico-sociaux)	100 % Frais réels
Frais de séjour	
Frais de séjour en hospitalisation médicale et chirurgicale, maternité	100 % BR
Participation forfaitaire pour les actes médicaux dont le prix est supérieur à 120 €, ou ayant un coefficient supérieur ou égal à 60	100 % Frais réels
Forfait patient urgences	100 % Frais réels
Honoraires	
Honoraires (chirurgie, médecine)	
• Médecins adhérents et non adhérents de l'OPTAM/OPTAM-ACO ⁽¹⁾	100 % BR
Maternité	
Honoraires (anesthésie -dont péridurale-, obstétrique)	
• Médecins adhérents et non adhérents de l'OPTAM/OPTAM-ACO ⁽¹⁾	100 % BR
Autres	
Actes et soins suite à un accident*	500 % BR
Transport sanitaire remboursé par l'AMO ⁽²⁾ en ambulance, véhicule sanitaire léger (VSL)	100 BR

⁽¹⁾ OPTAM-ACO : Option Pratique Tarifaire Maîtrisée - Chirurgie et Obstétrique ⁽²⁾ : AMO : Assurance Maladie Obligatoire

* Voir conditions d'application dans le Règlement mutualiste

**RAC 0 : Prothèses dentaires – dans la limite des Honoraires Limites de Facturation (HLF)**~ cf. annexe consultable sur mutuelle-familiale.fr ~

Actes prothétiques à entente directe sans reste à charge

100 % Frais réels

Panier maîtrisé : Prothèses dentaires (dont bridges) – dans la limite des Honoraires Limites de Facturation (HLF)~ cf. annexe consultable sur mutuelle-familiale.fr ~

Actes prothétiques à entente directe limitée (dont bridges)

100 % BR

Panier libre : Prothèses dentaires remboursées par l'AMO ⁽²⁾

Inlay Core

100 % BR

Inlay – Onlay

100 % BR

Prothèses dentaires fixes ou amovibles remboursées par l'AMO ⁽²⁾

100 % BR

Autres actes dentaires et soins prothétiques

Consultations et soins dentaires

100 % BR

⁽²⁾ AMO : Assurance Maladie Obligatoire**RAC 0 : Equipement optique remboursé dans la limite du Prix Limite de Vente (PLV) (classe A)**~ cf. annexe consultable sur 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 (composés de deux verres et d'une monture, cette dernière étant limitée à 100€) remboursés par l'AMO ⁽²⁾ relevant du panier libre (classe B) limité à un remboursement tous les 2 ans dans la limite des planchers et plafonds réglementairesMonture et Verres simples ⁽⁷⁾

50 €

Monture et Verres complexes ⁽⁸⁾

200 €

Monture et Verres très complexes ⁽⁹⁾

200 €

Adaptation ordonnance en renouvellement ~ dans la limite du PLV ~

100 % Frais réels

AutresLentilles prescrites remboursées ou non remboursées par l'AMO ⁽²⁾ ~ forfait par année*~

100 % BR + 40 €

* Année universitaire du 1er septembre au 31 août de l'année suivante ⁽²⁾ AMO : Assurance Maladie Obligatoire

Renouvellement de l'équipement optique :

Prise en charge limitée à un équipement optique (2 verres + 1 monture), à compter de la date de délivrance du dernier équipement, limité à une prise en charge :

- tous les 2 ans, pour les adultes et pour les enfants de 16 ans et plus,

Renouvellement anticipé de l'équipement optique :

- réduit à 1 an pour les adultes et enfants de 16 ans et plus en cas d'évolution de la vue, sans délai pour les enfants de moins de 16 ans en cas d'évolution de la vue justifiée par une nouvelle prescription médicale ophtalmologique.

- (7) 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)
- (8) 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)
- (9) Verres très complexes F : autres verres multifocaux ou progressifs (cf. décret n°2019-21 du 11 janvier 2019)

Pour un équipement composé d'un verre simple et d'un verre complexe ou d'un verre très complexe, le forfait se calcule ainsi : somme des deux forfaits divisés par deux

**RAC 0 : 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 ~**100 % Frais réels****PANIER LIBRE : Aides auditives de classe II limitée à un remboursement tous les 4 ans - Plafond maximum de remboursement de 1700€ par oreille AMO ⁽²⁾ + Mutuelle**

Age inférieur ou égal à 20 ans

100 % BR

Age supérieur à 20 ans

100 % BR

Piles auditives

100 % BR

Entretien et réparation

100 BR⁽²⁾ AMO : Assurance Maladie Obligatoire**Pack TOM****LMF Campus 3****Assurances**

Responsabilité civile / Individuelle accident / Assistance monde entier

*Statuts, règlement mutualiste, et notice d'information TOM disponible en agence***Incluses**

Exemples de Remboursement¹ LMF Campus 3

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 LMF Campus 3	Reste à charge
Hospitalisation					
<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	Non remboursé	Selon les 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	BR	BR – 24 €	24 €	0 €
<i>Frais de séjour en secteur privé</i>	<i>Tarif moyen de 838,98 €</i>	838,98 €	814,98 €	24 €	0 €
Honoraires médecins adhérents OPTAM ou OPTAM-ACO	Dépassements maîtrisés	BR	100 % BR	Dépassements si prévu au contrat	LMF Campus 3
<i>Opération en secteur privé : honoraires chirurgien</i>	<i>Tarif moyen de 443 €</i>	271,70 €	271,70 €	0 €	171,30 €
Honoraires médecins secteur 2 (non adhérents OPTAM ou OPTAM-ACO)	Honoraires libres	BR	100 % BR	Dépassement si prévu au contrat (remboursement des dépassements plafonné à 100% BR)	LMF Campus 3
<i>Opération en secteur privé : honoraires chirurgien</i>	<i>Tarif moyen de 486 €</i>	271,70 €	271,70 €	0 €	214,30 €
Séjours sans acte lourd 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	BR	80 % BR	20 % BR	0 €
<i>Frais de séjour en secteur public</i>	<i>Tarif moyen De 3 754 €</i>	3 754 €	3 003,20 €	750,80 €	0 €

Contrat d'assurance santé responsable ²	Tarif le plus souvent facturé, ou tarif réglementé	Base de remboursement de la sécurité sociale (BR) ³	Remboursement AMO (Assurance maladie obligatoire)	Remboursement LMF Campus 3	Reste à charge
Soins courants					
Honoraires médecins secteur 1 (généralistes ou spécialistes)	Tarif de convention	BR	70 % BR – 2 €*	30 % BR	2 € de participation forfaitaire*
<i>Ex : consultation médecin traitant généraliste pour un patient de plus de 18 ans</i>	30 €**	30 €**	19 €**	9 €	2 € de participation forfaitaire*
<i>Ex : consultation pédiatre pour enfant de 2 à 6 ans</i>	35 €**	35 €**	24,50 €**	10,50 €	0 €
<i>Ex : consultation médecin spécialiste pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie médicale)</i>	40 €**	40 €**	26 €**	12 €	2 € de participation forfaitaire*
Honoraires médecins adhérents OPTAM ou OPTAM-ACO	Dépassements maîtrisés	BR	70 % BR – 2 €*	30 % BR + dépassement si prévu au contrat	2 € de participation forfaitaire* plus dépassement selon le contrat LMF Campus 3
<i>Ex : consultation pédiatre pour enfant de 2 à 6 ans</i>	50 €	35 €**	24,50 €**	10,50 €	15 €
<i>Ex : consultation médecin spécialiste pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie médicale)</i>	53 €	40 €**	26 €**	12 €	15 €
Honoraires médecins secteur 2 (non adhérents OPTAM ou OPTAM-ACO)	Honoraires libres	BR	70% BR – 2 €*	30 % BR + dépassement si prévu au contrat (remboursement des dépassements plafonné à 100% BR)	2 € de participation forfaitaire*, plus dépassement selon le contrat LMF Campus 3
<i>Ex : consultation pédiatre pour enfant de 2 à 16 ans</i>	62 €	23 €	16,10 €	6,90 €	39 €
<i>Ex : consultation médecin spécialiste pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie médicale)</i>	66 €	23 €	14,10 €	6,90 €	45 €
Matériel médical	Tarif moyen facturé	BR	60% BR	40 % BR + dépassement si prévu au contrat	LMF Campus 3
<i>Ex : achat d'une paire de béquilles</i>	26,71 €	24,40 €	14,64 €	9,76 €	2,31 €

* 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

Contrat d'assurance santé responsable ²	Tarif le plus souvent facturé, ou tarif réglementé	Base de remboursement de la sécurité sociale (BR) ³	Remboursement AMO (Assurance maladie obligatoire)	Remboursement LMF Campus 3	Reste à charge
Dentaire					
Soins et prothèses 100% santé	Honoraire limite de facturation (HLF)	BR	60% BR	40% 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>	515 €	120 €	72 €	443 €	0 €
Soins (hors 100% santé)	Tarif de convention	BR	60% BR	40% BR + dépassement si prévu au contrat	LMF Campus 3
<i>Ex : détartrage</i>	43,38 €	43,38 €	26,03 €	17,35 €	0 €
Prothèses (hors 100% santé)	Prix moyen national	BR	60% BR	40% BR + dépassement si prévu au contrat	LMF Campus 3
<i>Ex : couronne céramo-métallique sur molaires</i>	561,99 €	120 €	72 €	48 €	441,99 €
Orthodontie (moins de 16 ans)	Prix moyen national	BR	100 % BR	Dépassement si prévu au contrat	LMF Campus 3
<i>Ex : traitement par semestre (6 semestres max)</i>	714,10 €	193,50 €	193,50 €	0 €	520,60 €
Optique					
Équipement 100% santé	Prix limite de vente (PLV)	BR	60 % BR	40 % BR + dépassement dans la limite des PLV ⁴	0 €
<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 €
Équipement (hors 100% santé)	Prix moyen national	BR	60 % BR	40 % BR + dépassement si prévu au contrat, dans la limite des plafonds réglementaires	LMF Campus 3
<i>Ex : verres simples + monture</i>	112 € (par verre) + 148 € (monture)	0,05 € par verre + 0,05 €	0,03 € par verre + 0,03 €	49,91 € verres + monture	322 €
<i>Ex : verres progressifs + monture</i>	246 € (par verre) + 148 € (monture)	0,05 € par verre + 0,05 €	0,03 € par verre + 0,03 €	199,91 € verres + monture	440 €
Lentilles	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	LMF Campus 3
<i>Forfait annuel</i>	Non connu	Non remboursé (dans le cas général)	Non remboursé (dans le cas général)	100 % BR + 40 €	Selon les frais engagés
Chirurgie réfractive	Prix moyen national	Non remboursé	Non remboursé	Prise en charge si prévu au contrat	LMF Campus 3
<i>Ex : opération corrective de la myopie</i>	Non connu	Non remboursé	Non remboursé	Non remboursé	Selon les frais engagés

Contrat d'assurance santé responsable ²	Tarif le plus souvent facturé, ou tarif réglementé	Base de remboursement de la sécurité sociale (BR) ³	Remboursement AMO (Assurance maladie obligatoire)	Remboursement LMF Campus 3	Reste à charge
Aides auditives					
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>	<i>950 €</i>	<i>400 €</i>	<i>240 €</i>	<i>710 €</i>	<i>0 €</i>
Équipement (hors 100% santé)	Prix moyen national	BR	60% BR	40% BR + dépassement si prévu au contrat, dans la limite des plafonds réglementaires	LMF Campus 3
<i>Par oreille pour un patient de plus de 20 ans</i>	<i>1 515 €</i>	<i>400 €</i>	<i>240 €</i>	<i>160 €</i>	<i>1 115 €</i>

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.
[\(https://unocam.fr/ressources/documents-a-telecharger/\)](https://unocam.fr/ressources/documents-a-telecharger/)