

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 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.

Ce contrat est éligible au dispositif fiscal Madelin pour les Travailleurs Non-Salariés (TNS).

Soins courants RAC "0" RESTE À CHARGE ZÉRO		Remboursements AMO ⁽¹⁾ + Mutuelle
Honoraires médicaux		
Honoraires médicaux (visites, téléconsultation, consultations médicales généralistes)		
• Médecins généralistes adhérents de l'OPTAM/OPTAM-ACO ⁽³⁾		100 % BR ⁽²⁾
• Médecins généralistes non adhérents de l'OPTAM/OPTAM-ACO ⁽³⁾		100 % BR
Honoraires médicaux (visites, téléconsultation, consultations médicales spécialistes et psychologues conventionnés)		
• Médecins spécialistes adhérents de l'OPTAM/OPTAM-ACO ⁽³⁾		125 % BR
• Médecins spécialistes non adhérents de l'OPTAM/OPTAM-ACO ⁽³⁾		100 % BR
• Psychologues conventionnés et remboursés par l'AMO ⁽¹⁾ ~ <i>dans la limite de 8 séances par année civile</i> ~		100 % BR
Honoraires paramédicaux		
Honoraires paramédicaux (infirmiers, masseurs kinésithérapeutes, orthophonistes ...)		100 % BR
Actes Techniques Médicaux ou petite chirurgie		
• Médecins adhérents et non adhérents de l'OPTAM/OPTAM ACO ⁽³⁾		100 % BR
Pharmacie		
• Médicaments à SMR (service médical rendu) important (65%)		100 % BR
• Médicaments à SMR (service médical rendu) modéré (30%)		80 % BR
• Médicaments à SMR (service médical rendu) faible (15%)		15 % BR
Pharmacie prescrite y compris homéopathie non remboursée par l'AMO ⁽¹⁾ ~ <i>forfait par année civile et par bénéficiaire</i> ~		25 €
Analyses et examens de laboratoire		
Analyses et examens de laboratoire remboursés par l'AMO ⁽¹⁾		100 % BR
Imagerie médicale (radiographie, scanner, IRM, échographie...)		
• Médecins adhérents et non adhérents de l'OPTAM/OPTAM-ACO ⁽³⁾		100 % BR
Matériel médical ⁽⁴⁾		
Autres prothèses médicales et appareillage remboursés par l'AMO ⁽¹⁾		100 % BR
Orthèses dont bas, collants et chaussettes de contention		100 % BR
Prothèse mammaire ou capillaire sur prescription médicale par suite de cancer et chimiothérapie ~ <i>forfait par année civile et par bénéficiaire</i> ~		100 % BR + 200 €
RAC 0 : Prise en charge intégrale dans la limite des PLV		
Prothèses capillaires de classe II ⁽⁵⁾		100 % Frais réels
Véhicules pour personnes en situation de handicap en location de moins de 6 mois et des prestations associées ^{(6) (7)}		100 % Frais réels

Hospitalisation		Remboursements AMO ⁽¹⁾ + Mutuelle
La prise en charge 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 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)		100 % Frais réels
Frais de séjour		
• En établissements conventionnés		100 % BR
• En établissements non conventionnés		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
Forfait actes lourds		100 % Frais réels
Honoraires en hospitalisation chirurgicale et médicale y compris maternité		
Honoraires :		
• Médecins adhérents de l'OPTAM/OPTAM-ACO ⁽³⁾		125 % BR
• Médecins non adhérents de l'OPTAM/OPTAM-ACO ⁽³⁾		100 % BR
Maternité		
Allocation de naissance ou adoption d'un enfant - forfait doublé en cas de naissance multiple ~ <i>forfait par enfant si inscrit à la mutuelle comme ayant droit</i> ~		100 €
Autres		
Actes Techniques Médicaux ou petite chirurgie		
• Médecins adhérents de l'OPTAM/OPTAM-ACO ⁽³⁾		100 % BR
• Médecins non adhérents de l'OPTAM/OPTAM-ACO ⁽³⁾		100 % BR
Transport sanitaire remboursé par l'AMO ⁽¹⁾ en ambulance, véhicule sanitaire léger (VSL)		100 % BR

Optique ⁽⁸⁾

RAC "0"
RESTE À CHARGE ZÉRO

Remboursements AMO ⁽¹⁾
+ 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 ~ limité à un remboursement tous les 2 ans ⁽⁴⁾

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

Panier libre : Equipements optiques remboursés par l'AMO ⁽¹⁾ relevant du panier libre (classe B) limité à un remboursement tous les 2 ans ⁽⁸⁾

Les forfaits sont exprimés par équipement (verres + monture) y compris le Ticket Modérateur. Prise en charge de la monture limitée à 50 €

Equipement avec verres simples ⁽⁹⁾ (verres + monture)	50 €
Equipement avec verres complexes ⁽¹⁰⁾ (verres + monture)	200 €
Equipement avec verres très complexes ⁽¹¹⁾ (verres + monture)	200 €
Equipement avec verre simple et verre complexe (verres + monture)	125 €
Equipement avec verre simple et verre très complexe (verres + monture)	125 €
Equipement avec verre complexe et verre très complexe (verres + monture)	200 €
Prestation d'appairage / verres filtrés / adaptation ~ dans la limite du PLV ~	100 % BR
Prestation d'adaptation ordonnance en renouvellement par l'opticien ~ dans la limite du PLV ~	100 % BR
Autres suppléments (prisme, système anti-ptosis, verre iséiconique) ~ dans la limite du PLV ~	100 % BR

Autres

Lentilles prescrites remboursées par l'AMO ⁽¹⁾	100 % BR
Lentilles prescrites non remboursées par l'AMO ⁽¹⁾	Néant

Priorité Prévention

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

Dentaire

RAC "0"
RESTE À CHARGE ZÉRO

Remboursements AMO ⁽¹⁾
+ Mutuelle

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

~ cf. annexe consultable sur 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 ~

Prothèses dentaires remboursées par l'AMO ⁽¹⁾	125 % BR
Inlay-Core	100 % BR

Panier libre : Prothèses dentaires remboursées par l'AMO ⁽¹⁾

Inlay-Core	100 % BR
Inlay Onlay	100 % BR
Prothèses dentaires fixes	
• prothèse métallique	125 % BR
• prothèse céramo-céramique, céramo-métallique	125 % BR
• couronne dentaire transitoire	100 % BR
Implantologie	
• couronne dentaire implantoportée	100 % BR
• autres actes prothétiques d'implantologie	100 % BR
Prothèses dentaires amovibles	100 % BR

Soins

Consultations, soins courants, radiologie et parodontologie remboursés par l'AMO ⁽¹⁾	100 % BR
Orthodontie remboursée par l'AMO ⁽¹⁾	150 % BR
Autres actes liés à l'orthodontie (examen, surveillance, contention) remboursés par l'AMO ⁽¹⁾	150 % BR
Scellement par sillon sur prémolaire	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 pris en charge à 100 % tous les ans pour les enfants et jeunes de 3 à 24 ans inclus

Examens bucco-dentaires pris en charge à 100 % dès le 4e mois de grossesse de la femme enceinte et jusqu'au 6e mois inclus après son accouchement

Forfait prévention remboursé (soins et conseils effectués par les dentistes)

Nouveaux soins remboursés (verniss fluorés pour les enfants et les jeunes de 1 à 25 ans)

Aides auditives



Remboursements AMO ⁽¹⁾
+ 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 ~

100 % Frais réels

Aides auditives de classe II limitées à un remboursement tous les 4 ans

Plafond maximum de remboursement de 1700€ par oreille (remboursement AMO ⁽¹⁾ + Mutuelle)

Age inférieur ou égal à 20 ans

1400 €

Age supérieur à 20 ans

400 €

Piles auditives

100 % BR

Entretien et réparation

100 % BR

Priorité Prévention

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

Bien-être et prévention

Remboursements AMO ⁽¹⁾
+ Mutuelle

Prestations Bien-être

Médecines douces et non-conventionnelles : chiropractie - ostéopathie - acupuncture - psychologie-psychanalyse - podologie – pédicure - homéopathie – micro-kinésie – diététicien – addictologie

Thérapies complémentaires réalisées par un praticien Diplômé d'Etat (DE) ou inscrit au RNCP ⁽¹²⁾

~ Forfait par année civile dans la limite de 2 séances et par bénéficiaire ~

30 € / séance

Cure thermale remboursée par l'AMO ⁽¹⁾

~ soins + transport + hébergement ~

100 % BR

Prestations Prévention

Bilan diététique ~ forfait par année civile et par bénéficiaire ~

50 €

Vaccins remboursés par l'AMO ⁽¹⁾

100 % BR

Dépistage de l'hépatite B

100 % BR

Détartrage annuel complet sus et sous gingival, effectué en deux séances maximum

100 % BR

Dépistage de l'ostéoporose non remboursé par l'AMO ⁽¹⁾

30 €

~ forfait par année civile par bénéficiaire ~

Dépistage de la drépanocytose ~ forfait par année civile et par bénéficiaire ~

20 €

Médicaments et produits à base de nicotine prescrits par un médecin, dans un but de sevrage tabagique (avec Autorisation de Mise sur le Marché ou norme Afnor)

30 €

~ forfait par année civile par bénéficiaire ~

Test de dépistage des virus impliqués dans le cancer du col de l'utérus (Test HPV) remboursé par l'AMO ⁽¹⁾

100% BR

~ limité à une prise en charge tous les 5 ans ~

Moyens de contraception féminine et masculine prescrits non remboursés par l'AMO ⁽¹⁾

30 €

~ forfait par année civile et par bénéficiaire ~

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

LEGENDES

(1) AMO : Assurance Maladie Obligatoire

(2) BR : Base de Remboursement

(3) 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.

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

(5) 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.

(6) 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.

(7) 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.

(8) 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,
- tous les ans, pour les enfants de moins de 16 ans,

- tous les 6 mois, pour les enfants de 6 ans et moins, en cas de mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage de l'enfant entraînant une perte d'efficacité du verre correcteur.

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.

(9) 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).

(10) 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).

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

(12) Répertoire National des Certifications Professionnelles. Liste définie par La Mutuelle Familiale : Aromathérapie, Art-thérapie, Balnéothérapie, Electrothérapie (ou TENS, neurostimulation électrique transcutanée), Ergothérapie, Homéopathie, Hydrothérapie, Mésothérapie, Musicothérapie.

Exemples de Remboursement¹ Île de France mutuelle 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 assurance maladie obligatoire (AMO)	Remboursement Île de France mutuelle santé	Reste à charge
Hospitalisation					
Forfait journalier hospitalier (hébergement)	20 € (15 € en service psychiatrique)	0 €	0 €	20 € (15 €)	0 €
Chambre particulière (sur demande du patient)	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	Île de France mutuelle santé
<i>Opération en secteur privé : honoraires chirurgien</i>	<i>Tarif moyen de 443 €</i>	271,70 €	271,70 €	67,92 €	103,38 €
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)	Île de France mutuelle santé
<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 Île de France mutuelle santé	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 Île de France mutuelle santé
<i>Ex : consultation pédiatre pour enfant de 2 à 6 ans</i>	50 €	35 €**	24,50 €**	19,25 €	6,25 €
<i>Ex : consultation médecin spécialiste pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie médicale)</i>	53 €	40 €**	26 €**	22 €	5 €
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 Île de France mutuelle santé
<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	Île de France mutuelle santé
<i>Ex : achat d'une paire de béquilles</i>	26,71 €	24,40 €	14,64 €	9,76 €	2,31 €

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 Île de France mutuelle santé	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	Île de France mutuelle santé
<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	Île de France mutuelle santé
<i>Ex : couronne céramo-métallique sur molaires</i>	561,99 €	120 €	72 €	78 €	411,99 €
Orthodontie (moins de 16 ans)	Prix moyen national	BR	100 % BR	Dépassement si prévu au contrat	Île de France mutuelle santé
<i>Ex : traitement par semestre (6 semestres max)</i>	714,10 €	193,50 €	193,50 €	96,75 €	423,85 €
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	Île de France mutuelle santé
<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 €	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 €	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	Île de France mutuelle santé
<i>Forfait annuel</i>	Non connu	Non remboursé (dans le cas général)	Non remboursé (dans le cas général)	Non remboursé	Selon les frais engagés
Chirurgie réfractive	Prix moyen national	Non remboursé	Non remboursé	Prise en charge si prévu au contrat	Île de France mutuelle santé
<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 Île de France mutuelle santé	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>	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	Île de France mutuelle santé
<i>Par oreille pour un patient de plus de 20 ans</i>	1 515 €	400 €	240 €	160 €	1 115 €

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/>)