

EXEMPLES DE REMBOURSEMENT ⁽¹⁾

CCN PRESTATAIRES DE SERVICES

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 AMC (Assurance maladie complémentaire)			Reste à charge		
				PST1	PST2	PST3	PST1	PST2	PST3
Hospitalisation									
Forfait journalier hospitalier (hébergement)	20 € (15 € en service psychiatrique)	0 €	0 €	Frais réels			0 €		
Chambre particulière (sur demande du patient)	Non connu (NC)	Non remboursé	Non remboursé	20 €	40 €	80 €	Selon contrat		
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 €		
Frais de séjour en secteur privé	Tarif moyen de 745,54 €	745,54 €	721,54 €	24 €	24 €	24 €	0 €	0 €	0 €
Honoraires médecins adhérents OPTAM ou OPTAM-CO	Dépassements maîtrisés	BR	100 % BR	Dépassement si prévu au contrat			Selon contrat		
Opération en secteur privé : honoraires chirurgien	Tarif moyen de 355 €	271,70 €	271,70 €	83,30 €	83,30 €	83,30	0 €	0 €	0 €
Honoraires médecins secteur 2 (non adhérents OPTAM ou OPTAM-CO)	Honoraires libres	BR	100 % BR	Dépassement si prévu au contrat (remboursement des dépassements plafonné à 100 % BR)			Selon contrat		
Opération en secteur privé : honoraires chirurgien	Tarif moyen de 447 €	271,70 €	271,70 €	81,51 €	163,02 €	175,30 €	93,79 €	12,28 €	0 €
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 €		
Frais de séjour en secteur public	Tarif moyen de 3 270,12 €	3 270,12 €	2 616,10 €	654,02 €	654,02 €	654,02 €	0 €	0 €	0 €

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.

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 AMC (Assurance maladie complémentaire)			Reste à charge		
				PST1	PST2	PST3	PST1	PST2	PST3
Soins courants									
Soins courants Honoraires médecins secteur 1 (généralistes ou spécialistes)	Tarif de convention	BR	70 % BR - 1 €	30 % BR			0 € de participation forfaitaire		
Consultation médecin traitant généraliste pour un patient de plus de 18 ans	26,50 €	26,50 €	16,55 €	7,50 €	7,50 €	7,50 €	2 €	2 €	2 €
Consultation pédiatre pour enfant de moins de 6 ans	33,50 €	33,50 €	23,45 €	10,05 €	10,05 €	10,05 €	0 €	0 €	0 €
Consultation médecin spécialiste pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie, ophtalmologie, dermatologie, etc...)	31,50 €	31,50 €	20,05 €	9,45 €	9,45 €	9,45 €	2 €	2 €	2 €
Honoraires médecins adhérents OPTAM ou OPTAM-CO	Dépassements maîtrisés	BR	70 % BR - 1 €	30 % BR + Dépassement si prévu au contrat			0 € de participation forfaitaire, + dépassement selon contrat		
Consultation pédiatre pour enfant de moins de 6 ans	49 €	33,50 €	23,45 €	25,55 €	25,55 €	25,55 €	0 €	0 €	0 €
Consultation médecin spécialiste pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie, ophtalmologie, dermatologie, etc...)	52 €	31,50 €	20,05 €	25,20 €	29,95 €	29,95 €	6,75 €	2 €	2 €
Honoraires médecins secteur 2 (non adhérents OPTAM ou OPTAM-CO)	Honoraires libres	BR	70 % BR - 1 €	30 % BR + dépassement si prévu au contrat (remboursement des dépassements plafonné à 100 % BR)			0 € de participation forfaitaire, + dépassement selon contrat		
Consultation pédiatre pour enfant de 2 à 16 ans	64 €	23 €	16,10 €	13,80 €	20,70 €	29,90 €	34,10 €	27,20 €	18 €
Consultation médecin spécialiste pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie, ophtalmologie, dermatologie, etc...)	65 €	23 €	14,10 €	13,80 €	20,70 €	29,90 €	37,10 €	30,20 €	21 €
Matériel médical	Matériel médical	BR	60% BR	40 % BR + Dépassement si prévu au contrat			Selon contrat		
Achat d'une paire de béquilles	25,99 €	24,40 €	14,64 €	11,35 €	11,35 €	11,35 €	0 €	0 €	0 €

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.

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 AMC (Assurance maladie complémentaire)			Reste à charge		
				PST1	PST2	PST3	PST1	PST2	PST3
Dentaire									
Soins et prothèses 100% santé	Prix moyen national	BR	70 % BR	30 % BR + dépassement dans la limite du plafond des honoraires			0 €		
Pose d'une couronne céramo-métallique sur incisives, canines et premières prémolaires	500 €	120 €	72 €	416 €	416 €	416 €	0 €	0 €	0 €
Soins (hors 100% santé)	Tarif de convention	BR	70 % BR	30 % BR + dépassement si prévu au contrat			Selon contrat		
Détartrage	43,38 €	43,38 €	26,03 €	13,02 €	13,02 €	13,02 €	0 €	0 €	0 €
Prothèses (hors 100% santé)	Prix moyen national	BR	60 % BR	30 % BR + Dépassement si prévu au contrat			Selon contrat		
Couronne céramo-métallique sur molaires	554 €	120 €	72 €	138 €	216 €	336 €	315,48 €	237,48 €	117,48 €
Orthodontie (moins de 16 ans)	Prix moyen national	BR	100 % BR	Dépassement si prévu au contrat			Selon contrat		
Achat d'une paire de béquilles	698 €	193,50 €	193,50 €	164,48 €	193,50 €	387 €	362,03 €	333 €	139,50 €

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.

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 AMC (Assurance maladie complémentaire)			Reste à charge		
				PST1	PST2	PST3	PST1	PST2	PST3
Dentaire									
Équipement 100% santé	Prix moyen national	BR	60 % BR	40 % BR + dépassement dans la limite des PLV ⁴			0 €		
Verres simples et monture	41 €/verre + 30 €/monture	12,75 €/verre + 9 €/monture	7,65 €/verre + 5,40 €/monture	33,35 € par verre + 24,60 €	33,35 € par verre + 24,60 €	33,35 € par verre + 24,60 €	0 €	0 €	0 €
Verres progressifs et monture	90 €/verre + 30 €/monture	27 €/verre + 9 €/monture	16,20 €/verre + 5,40 €/monture	73,80 € par verre + 24,60 €	73,80 € par verre + 24,60 €	73,80 € par verre + 24,60 €	0 €	0 €	0 €
Équipement (hors 100% santé)	Prix moyen national	BR	60 % BR	40 % BR + dépassement si prévu au contrat, dans la limite des plafonds réglementaires			Selon contrat		
Verres simples et monture	100 € (par verre) + 139 € (monture)	0,05 €/verre + 0,05 €/monture	0,03 €/verre + 0,03 €/monture	84,97 € par verre + 99,97 € Soit 269,91 €	99,97 € par verre + 99,97 € Soit 299,91 €	99,97 € par verre + 99,97 € Soit 299,91 €	15 € par verre + 39 € Soit 69 €	0 € par verre + 39 € Soit 39 €	0 € par verre + 39 € Soit 39 €
Verres progressifs et monture	231 €/verre + 139 € /monture	0,05 €/verre + 0,05 €/monture	0,03 €/verre + 0,03 €/monture	154,97 € par verre + 99,97 € Soit 409,91 €	184,97 € par verre + 99,97 € Soit 469,91 €	194,97 € par verre + 99,97 € Soit 489,91 €	76 € par verre + 39 € Soit 191 €	46 € par verre + 39 € Soit 131 €	36 € par verre + 39 € Soit 111 €
Lentilles	Prix moyen national	Pas de prise en charge (dans le cas général)		30 % BR + Dépassement si prévu au contrat			Selon contrat		
Couronne céramo-métallique sur molaires	Non connu	Non remboursé (dans le cas général)		200 €	250 €	300 €	-	-	-
Chirurgie réfractive	(NC)	Non remboursé		Prise en charge si prévu au contrat			Selon contrat		
Opération corrective de la myopie	Non connu (NC)	Non remboursé		0 €	300 €	600 €	-	-	-

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.

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 AMC (Assurance maladie complémentaire)			Reste à charge		
				PST1	PST2	PST3	PST1	PST2	PST3
Dentaire									
Équipement 100% santé	Prix moyen national	BR	60 % BR	40 % BR + dépassement dans la limite des PLV ⁴			0 €		
Par oreille pour un patient de plus de 20 ans	950 €	400 €	240 €	710 €	710 €	710 €	0 €	0 €	0 €
Équipement (hors 100% santé)	Prix moyen national	BR	60 % BR	40 % BR + dépassement si prévu au contrat, dans la limite des plafonds réglementaires			0 €		
Par oreille pour un patient de plus de 20 ans	1 565 €	400 €	240 €	160 €	260 €	360 €	1 076 €	976 €	876 €

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.