



## MUTUELLE INTERCOMMUNALE CARCASSONNE AGGLO VOS PRESTATIONS SANTE, COMPATIBLES RESTE A CHARGE 0 (100% SANTE)

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 consultables sur le décret n°2019-21 du 11 janvier 2019 et sur notre site [mutuelle-familiale.fr](http://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 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

	MUTUELLE COMMUNALE NIVEAU 1	MUTUELLE COMMUNALE NIVEAU 2	MUTUELLE COMMUNALE NIVEAU 3	MUTUELLE COMMUNALE NIVEAU 4
<b>Honoraires paramédicaux</b>				
Auxiliaires médicaux	100 % BR	100 % BR	170 % BR	220 % BR
<b>Honoraires médicaux</b>				
Honoraires médicaux (visites, téléconsultations, consultations médicales généralistes, spécialistes et psychologues conventionnés)				
• Médecins signataires de l'OPTAM/OPTAM CO <sup>(1)</sup>	100 % BR	100 % BR	170 % BR	220 % BR
• Médecins non-signataires de l'OPTAM/OPTAM CO <sup>(1)</sup>	100 % BR	100 % BR	150 % BR	200 % BR
• Psychologues conventionnés et remboursés par l'AMO ~ dans la limite de 8 séances maximum par année civile ~	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
<b>Actes Techniques Médicaux ou petite chirurgie</b>				
• Médecins signataires de l'OPTAM/OPTAM CO <sup>(1)</sup>	100 % BR	100 % BR	170 % BR	220 % BR
• Médecins non-signataires de l'OPTAM/OPTAM CO <sup>(1)</sup>	100 % BR	100 % BR	150 % BR	200 % BR
<b>Médicaments</b>				
Médicaments à SMR (service médical rendu) majeur, modéré et faible (65%, 30% et 15%)	100 % BR uniquement sur SMR majeur	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Pharmacie prescrite non remboursée par l'AMO. ~ forfait par année civile et par bénéficiaire ~	-	20 €	30 €	40 €
<b>Analyses et examens de laboratoire</b>				
Analyses et examens de laboratoire	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
<b>Imagerie médicale (radiographie, scanner, IRM, échographie...)</b>				
• Médecins signataires de l'OPTAM/OPTAM CO <sup>(1)</sup>	100 % BR	100 % BR	170 % BR	220 % BR
• Médecins non-signataires de l'OPTAM/OPTAM CO <sup>(1)</sup>	100 % BR	100 % BR	150 % BR	200 % BR
<b>Matériel médical</b>				
Orthèses dont bas, collants et chaussettes de contention ~ forfait par année civile et par bénéficiaire ~	100 % BR	100 % BR + 50 €	100 % BR + 50 €	100 % BR + 50 €
Prothèse mammaire ou capillaire sur prescription médicale par suite de cancer et chimiothérapie ~ forfait par année civile et par bénéficiaire ~	100 % BR	100 % BR + 200 €	100 % BR + 300 €	100 % BR + 400 €
Autres prothèses médicales, orthopédie et appareillage ~ forfait par année civile et par bénéficiaire ~	100 % BR	100 % BR + 40 €	100 % BR + 60 €	100 % BR + 100 €
<b>Transport</b>				
Transport en ambulance, VSL	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR

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



## Pack Bien-être

Remboursements AMO + Mutuelle

	MUTUELLE COMMUNALE NIVEAU 1	MUTUELLE COMMUNALE NIVEAU 2	MUTUELLE COMMUNALE NIVEAU 3	MUTUELLE COMMUNALE NIVEAU 4
<b>Prestations Bien-être</b>				
Médecines douces : chiropractie-ostéopathie-acupuncture - psychologie-psychanalyse- pédicure – podologue – diététicien. Médecine non conventionnelle réalisée par un praticien diplômé d'Etat (DE) ou inscrit au RNCP <sup>(1)</sup> ~ 4 séances par année civile et par bénéficiaire ~	-	20 € / séance	30 € / séance	50 € / séance
Cure thermique remboursée par l'AMO : soins + transport + hébergement ~ forfait par année civile et par bénéficiaire ~	100 % BR	100 % BR + 100 €	100 % BR + 200 €	100 % BR + 300 €
<b>Prestations Prévention</b>				
Contraception : pilules toutes générations, patchs contraceptifs, anneaux et stérilet ~ forfait par année civile et par bénéficiaire ~	100 % BR	100 % BR + 60 €	100 % BR + 60 €	100 % BR + 60 €
Sevrage tabagique remboursé par l'AMO ~ forfait par année civile et par bénéficiaire ~	100 % BR	100 % BR + 50 €	100 % BR + 50 €	100 % BR + 50 €
Vaccins prescrits non remboursés par l'AMO ~ forfait par année civile et par bénéficiaire ~	-	50 €	50 €	50 €
Bilan nutritionnel	-	1 par année civile	1 par année civile	1 par année civile
Ostéodensitométrie ~ forfait par année civile et par bénéficiaire ~	-	100 % BR + 50 €	100 % BR + 50 €	100 % BR + 50 €
Forfait addictologie (Bilan, séances addictologie, substituts) ~ forfait par année civile et par bénéficiaire ~	-	50 €	50 €	50 €
Prise en charge d'un conseiller en environnement intérieur sur prescription médicale ~ forfait par année civile et par bénéficiaire ~	-	50 €	50 €	50 €
Participation à un abonnement annuel sportif, musical, artistique ~ forfait par année civile et par bénéficiaire ~	20 €	20 €	20 €	20 €

### Ateliers de prévention accessibles à tous sur inscription, inclus dans vos 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)

<sup>1</sup> RNCP : Répertoire National des Certifications Professionnelles - Liste exhaustive des thérapies prises en charge par la Mutuelle Familiale et indiquées dans la garantie sous le terme « médecine non conventionnelle réalisée par un praticien diplômé d'Etat ou d'une certification professionnelle inscrite au RNCP » : Aromathérapie, Art-thérapie, Balnéothérapie, Electrothérapie (ou TENS, neurostimulation électrique transcutanée), Ergothérapie, Homéopathie, Hydrothérapie, Mésothérapie, Musicothérapie.



## Hospitalisation

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

Prise en charge du TM en établissement non conventionné (hors établissements médicaux sociaux)

Remboursements AMO + Mutuelle	MUTUELLE COMMUNALE NIVEAU 1	MUTUELLE COMMUNALE NIVEAU 2	MUTUELLE COMMUNALE NIVEAU 3	MUTUELLE COMMUNALE NIVEAU 4
<b>Forfait journalier hospitalier</b> (hors établissement médico-sociaux)	100 % Frais réels	100 % Frais réels	100 % Frais réels	100 % Frais réels
<b>Frais de séjour</b> Frais de séjour en hospitalisation médicale et chirurgicale, maternité, psychiatrie, soins de suite et de réadaptation, maison de convalescence	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
<b>Participation forfaitaire</b> pour les actes médicaux dont le prix est supérieur à 120 € ou ayant un coefficient supérieur ou égal à 60	100 % Frais réels	100 % Frais réels	100 % Frais réels	100 % Frais réels
<b>Forfait Patient Urgences</b>	100 % Frais réels	100 % Frais réels	100 % Frais réels	100 % Frais réels
<b>Honoraires</b> Honoraires (chirurgie, anesthésie) :				
• Médecins signataires de l'OPTAM/OPTAM CO <sup>(1)</sup>	100 % BR	100 % BR	170 % BR	220 % BR
• Médecins non-signataires de l'OPTAM/OPTAM CO <sup>(1)</sup>	100 % BR	100 % BR	150 % BR	200 % BR
<b>Chambre particulière</b>				
• Chambre particulière en hospitalisation médicale et chirurgicale, forfait par jour, limité à 60 jours par année civile.	-	30 €	45 €	60 €
• Chambre particulière en établissements spécialisés, forfait par jour, limité à 60 jours par année civile	-	20 €	30 €	40 €
• Frais d'accompagnement, forfait par jour, limité à 90 jours par année civile	-	15 €	15 €	15 €
<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>Maternité</b> Honoraires anesthésie (incluant péridurale) et obstétrique :				
• Médecins signataires de l'OPTAM/OPTAM CO <sup>(1)</sup>	100 % BR	100 % BR	170 % BR	220 % BR
• Médecins non-signataires de l'OPTAM/OPTAM CO <sup>(1)</sup>	100 % BR	100 % BR	150 % BR	200 % BR
Chambre particulière ~ forfait par jour, limité à 5 jours par année civile ~	-	30 €	45 €	60 €
Allocation de naissance ou adoption d'un enfant ~ forfait par enfant si inscrit à la mutuelle comme ayant droit ~	150 €	150 €	150 €	200 €
<b>Autres</b> Actes Techniques Médicaux ou petite chirurgie				
• Médecins signataires de l'OPTAM/OPTAM CO <sup>(1)</sup>	100 % BR	100 % BR	170 % BR	220 % BR
• Médecins non-signataires de l'OPTAM/OPTAM CO <sup>(1)</sup>	100 % BR	100 % BR	150 % BR	200 % BR
Transport en ambulance, VSL	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR

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



**Optique**

Tarifs préférentiels sur les équipements optiques du réseau Kalixia



Remboursements AMO + Mutuelle

**MUTUELLE  
COMMUNALE  
NIVEAU 1**

**MUTUELLE  
COMMUNALE  
NIVEAU 2**

**MUTUELLE  
COMMUNALE  
NIVEAU 3**

**MUTUELLE  
COMMUNALE  
NIVEAU 4**

<b>RAC 0 : Equipement optique remboursé dans la limite du Prix Limite de Vente (PLV) (classe A, cf. annexe) limité à un remboursement tous les 2 ans</b>				
Monture	100 % Frais réels			
Verre	100 % Frais réels			
Prestation d'appairage / verres filtrés / adaptation	100 % Frais réels			
Adaptation ordonnance en renouvellement	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</b>				
Monture	100% BR	30 €	50 €	100 €
Verre simple <sup>(1)</sup>	100% BR	25 €	45 €	65 €
Verre complexe <sup>(2)</sup>	100% BR	60 €	80 €	100 €
Verre très complexe <sup>(3)</sup>	100% BR	60 €	80 €	100 €
Adaptation ordonnance en renouvellement ~ dans la limite du PLV ~	100 % Frais réels			

<b>Autres</b>				
Lentilles acceptées par l'AMO	100% BR	100% BR + 50 €	100 % BR + 100 €	100 % BR + 150 €
Lentilles refusées par l'AMO ~ forfait par année civile ~	-	50 €	100 €	150 €
Chirurgie réfractive ~ forfait par œil et par année civile ~	-	100 €	200 €	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 :**

- Adultes et enfants de 16 ans et plus : tous les 2 ans de date à date,
- Enfants de moins de 16 ans : 1 an de date à date,
- Enfants de moins de 6 ans : 6 mois en cas de mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage entraînant des pertes d'efficacité du verre correcteur.

#### **Exceptions :**

- 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.
- 2 équipements autorisés (vision de près et de loin) si intolérance : pour les assurés présentant un déficit de vision de près et de loin et ne pouvant ou ne souhaitant pas porter de verres progressifs ou multifocaux, les garanties prévoient une prise en charge de deux équipements corrigeant chacun un des deux déficits. Les plafonds de prise en charge des contrats responsables et les périodicités de renouvellement sont applicables à chacun des équipements.

- (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)



Remboursements AMO + Mutuelle

MUTUELLE COMMUNALE NIVEAU 1	MUTUELLE COMMUNALE NIVEAU 2	MUTUELLE COMMUNALE NIVEAU 3	MUTUELLE COMMUNALE NIVEAU 4
-----------------------------	-----------------------------	-----------------------------	-----------------------------

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 ~	100 % BR	100 % BR	275 % BR	300 % BR
--	----------	----------	----------	----------

Panier libre : Prothèses dentaires remboursées par l'AMO				
Inlay Core	100 % BR	100 % BR	275 % BR	300 % BR
Inlay - Onlay ~ par acte ~	100 % BR	100 % BR	275 % BR (Plafond de 320€/an – au-delà 100% BR)	300 % BR (Plafond de 350€/an – au-delà 100% BR)
Prothèses dentaires fixe			Plafond de 1 500€/an au-delà du plafond, la prise en charge est de 100 % BR	Plafond de 2 000€/an au-delà du plafond, la prise en charge est de 100 % BR
• Prothèse métallique	100 % BR	100 % BR	100 % BR + 300 €	100 % BR + 350 €
• Prothèse céramo-céramique, céramo-métallique	100 % BR	100 % BR	100 % BR + 320 €	100 % BR + 350 €
• couronne dentaire transitoire	100 % BR	100 % BR	100 % BR + 30 €	100 % BR + 40 €
Implantologie				
• Implant non remboursé ~ par implant - limité à 5 implants par année civile et par bénéficiaire ~	-	100 €	200 €	300 €
• Couronne dentaire implantoportée ~ forfait par année civile ~	100 % BR	100 % BR	100 % BR + 320 €	100 % BR + 350 €
• autres actes prothétiques d'implantologie ~ forfait par année civile ~	100 % BR	100 % BR	100 % BR + 100 €	100 % BR + 200 €
Prothèses dentaires amovibles ~ forfait par année civile ~	100 % BR	100 % BR	100 % BR + 250 €	100 % BR + 375 €

Soins				
Consultations et soins dentaires	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Orthodontie remboursée par l'AMO ~ Par semestre de date à date - si TO 45, forfait divisé par 2 ~	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR + 250 €
Autres actes liés à l'orthodontie (examen, surveillance, contention) remboursés par l'AMO	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Réparations				
Ablation d'un bloc métallique coulé ou d'une prothèse dentaire à tenon radulaire scellé	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Ablation d'une prothèse dentaire scellée unitaire	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Changement de dispositif d'attachement d'une prothèse dentaire amovible supra implantaire	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Révision des piliers implantoportés d'une prothèse dentaire	100 % BR	100 % BR	100 % BR	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 (verniss fluorés pour les enfants de 6 à 9 ans présentant un risque carieux élevé)				



## Aides auditives

Tarifs préférentiels sur les équipements optiques du réseau Kalixia



Remboursements AMO + Mutuelle

MUTUELLE COMMUNALE NIVEAU 1	MUTUELLE COMMUNALE NIVEAU 2	MUTUELLE COMMUNALE NIVEAU 3	MUTUELLE COMMUNALE NIVEAU 4
-----------------------------------	-----------------------------------	-----------------------------------	-----------------------------------

### 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 <a href="http://mutuelle-familiale.fr">mutuelle-familiale.fr</a> ~	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
---	-------------	-------------	-------------	-------------

### Panier libre : Aides auditives de classe II et limitées à un remboursement par oreille tous les 4 ans - dans la limite des Prix Limites de

#### Vente

Age inférieur ou égal à 20 ans ~ par oreille ~	100 % BR	100 % BR	100 % BR + 250 €	100 % BR + 300 €
Age supérieur à 20 ans ~ par oreille ~	100 % BR	100 % BR	100 % BR + 250 €	100 % BR + 350 €
Piles auditives ~ forfait par année civile ~	100 % BR	100 % BR	100 % BR + 20 €	100 % BR + 20 €
Entretien et réparation	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR

#### Priorité Prévention

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



## MUTUELLE INTERCOMMUNALE CARCASSONNE AGGLO

### VOS PRESTATIONS SANTE, COMPATIBLES RESTE A CHARGE 0 (100% SANTE)

## Exemples de Remboursements

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/>)

A noter que les remboursements présentés sont ceux du régime général de la sécurité sociale – la situation de l'assuré (retraité, TNS, sans emploi, étudiant...) n'a aucune incidence sur les montants de prise en charge.

## Exemples de Remboursements<sup>1</sup> MUTUELLE COMMUNALE Niveau 1

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 1	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	Non remboursé	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>
Frais de séjour en secteur privé	Tarif moyen de 794,12 €	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>Niveau 1</b>
Opération en secteur privé : honoraires chirurgien	Tarif moyen de 422 €	271,70 €	271,70 €	0 €	150,30 €
<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 1</b>
Opération en secteur privé : honoraires chirurgien	Tarif moyen de 463 €	271,70 €	271,70 €	0 €	191,30 €
<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>
Frais de séjour en secteur public	Tarif moyen de 3344,37 €	3344,37 €	2675,50 €	668,87 €	0 €

## Exemples de Remboursements<sup>1</sup> MUTUELLE COMMUNALE Niveau 1

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 1	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 €	26.50 €	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 Niveau 1</b>
<i>Ex : consultation pédiatre pour enfant de 2 à 6 ans</i>	49 €	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>	52 €	31,50 €	21,05 €	9,45 €	21.50 €
<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 1</b>
<i>Ex : consultation pédiatre pour enfant de 2 à 16 ans</i>	64 €	23 €	16,10 €	6,90 €	41 €
<i>Ex : consultation médecin spécialiste pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie, obstétrique, ophtalmologie, dermatologie, etc...)</i>	65 €	23 €	15,10 €	6,90 €	43 €
<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 1</b>
<i>Ex : achat d'une paire de béquilles</i>	25,99 €	24,40 €	14,64 €	9,76 €	1,59 €

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 1	Reste à charge
<b>Aides auditives</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</b>	<b>0 €</b>
<i>Par oreille pour un patient de plus de 20 ans</i>	950 €	400 €	240 €	710 €	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>Niveau 1</b>
<i>Par oreille pour un patient de plus de 20 ans</i>	1565 €	400 €	240 €	160 €	1 165 €

## Exemples de Remboursements<sup>1</sup> MUTUELLE COMMUNALE Niveau 1

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 1	Reste à charge
<b>Dentaire</b>					
<b>Soins et prothèses 100% santé</b>	<b>Honoraire limite de facturation (HLF)</b>	<b>BR</b>	<b>70% BR</b>	<b>30% 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>Niveau 1</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>Niveau 1</b>
<i>Ex : couronne céramo-métallique sur molaires</i>	554 €	120 €	72 €	48 €	434 €
<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>Niveau 1</b>
<i>Ex : traitement par semestre (6 semestres max)</i>	698 €	193,50 €	193,50 €	0 €	504,50 €
<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>Niveau 1</b>
<i>Ex : verres simples + monture</i>	107 € (par verre) + 142 € (monture)	0,05 € par verre + 0,05 €	0,03 € par verre + 0,03 €	0,02 € par verre + 0,02 €	390,85 €
<i>Ex : verres progressifs + monture</i>	239 € (par verre) + 142 € (monture)	0,05 € par verre + 0,05 €	0,03 € par verre + 0,03 €	0,02 € par verre + 0,02 €	619,85 €
<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>Niveau 1</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>	<i>Non remboursé</i>	<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>Niveau 1</b>
<i>Ex : opération corrective de la myopie</i>	<i>Non connu</i>	<i>Non remboursé</i>	<i>Non remboursé</i>	<i>Non remboursé</i>	<i>Selon les frais engagés</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.

## Exemples de Remboursements<sup>1</sup> MUTUELLE COMMUNALE Niveau 2

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 2	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	45 € 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>
Frais de séjour en secteur privé	Tarif moyen de 794,04 €	794,04 €	770,04 €	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 2</b>
Opération en secteur privé : honoraires chirurgien	Tarif moyen de 422 €	271,70 €	271,70 €	0 €	150,30 €
<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 2</b>
Opération en secteur privé : honoraires chirurgien	Tarif moyen de 463 €	271,70 €	271,70 €	0 €	191,30 €
<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>
Frais de séjour en secteur public	Tarif moyen de 3344,37 €	3344,37 €	2675,50 €	668,87 €	0 €

## Exemples de Remboursements<sup>1</sup> MUTUELLE COMMUNALE Niveau 2

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 2	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 €	26.50 €	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 Niveau 2</b>
<i>Ex : consultation pédiatre pour enfant de 2 à 6 ans</i>	49 €	33.50 €	23,45 €	10,05 €	15,50 €
<i>Ex : consultation médecin spécialiste pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie, obstétrique, ophtalmologie, dermatologie, etc...)</i>	52 €	31,50 €	21,05 €	9,45 €	21,50 €
<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 2</b>
<i>Ex : consultation pédiatre pour enfant de 2 à 16 ans</i>	64 €	23 €	16,10 €	6,90 €	41 €
<i>Ex : consultation médecin spécialiste pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie, obstétrique, ophtalmologie, dermatologie, etc...)</i>	65 €	23 €	15,10 €	6,90 €	43 €
<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 2</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 Niveau 2	Reste à charge
<b>Aides auditives</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</b>	<b>0 €</b>
<i>Par oreille pour un patient de plus de 20 ans</i>	950 €	400 €	240 €	710 €	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>Niveau 2</b>
<i>Par oreille pour un patient de plus de 20 ans</i>	1565 €	400 €	240 €	160 €	1165 €

## Exemples de Remboursements<sup>1</sup> MUTUELLE COMMUNALE Niveau 2

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 2	Reste à charge
<b>Dentaire</b>					
<b>Soins et prothèses 100% santé</b>	<b>Honoraire limite de facturation (HLF)</b>	<b>BR</b>	<b>70% BR</b>	<b>30% 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>Niveau 2</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>Niveau 2</b>
<i>Ex : couronne céramo-métallique sur molaires</i>	554 €	120 €	72 €	48 €	434 €
<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>Niveau 2</b>
<i>Ex : traitement par semestre (6 semestres max)</i>	698 €	193,50 €	193,50 €	0 €	504,50 €
<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>Niveau 2</b>
<i>Ex : verres simples + monture</i>	107 € (par verre) + 142 € (monture)	0,05 € par verre + 0,05 €	0,03 € par verre + 0,03 €	24,97 € par verre + 29,97 €	276 €
<i>Ex : verres progressifs + monture</i>	239 € (par verre) + 142 € (monture)	0,05 € par verre + 0,05 €	0,03 € par verre + 0,03 €	59,97 € par verre + 29,97 €	470 €
<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>Niveau 2</b>
<i>Forfait annuel</i>	Non connu	Non remboursé (dans le cas général)	Non remboursé (dans le cas général)	100 % BR + 50 €	Selon les frais engagés
<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>Niveau 2</b>
<i>Ex : opération correctrice de la myopie</i>	Non connu	Non remboursé	Non remboursé	100 € par œil	Selon les frais engagés

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.

## Exemples de Remboursements<sup>1</sup> MUTUELLE COMMUNALE 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>					
<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	45 € 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>
Frais de séjour en secteur privé	Tarif moyen de 794,12 €	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>Niveau 3</b>
Opération en secteur privé : honoraires chirurgien	Tarif moyen de 422 €	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>Niveau 3</b>
Opération en secteur privé : honoraires chirurgien	Tarif moyen de 463 €	271,70 €	271,70 €	135,85 €	55,45 €
<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>
Frais de séjour en secteur public	Tarif moyen de 3344,37 €	3344,37 €	2675,50 €	668,87 €	0 €

## Exemples de Remboursements<sup>1</sup> MUTUELLE COMMUNALE 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 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>	26.50 €	26.50 €	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, 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 Niveau 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 Niveau 3</b>
<i>Ex : consultation pédiatre pour enfant de 2 à 16 ans</i>	64 €	23 €	16,10 €	18,40 €	29,50 €
<i>Ex : consultation médecin spécialiste pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie, obstétrique, ophtalmologie, dermatologie, etc...)</i>	65 €	23 €	15,10 €	18,40 €	31,50 €
<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>	25,99 €	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 Niveau 3	Reste à charge
<b>Aides auditives</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</b>	<b>0 €</b>
<i>Par oreille pour un patient de plus de 20 ans</i>	950 €	400 €	240 €	710 €	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>Niveau 3</b>
<i>Par oreille pour un patient de plus de 20 ans</i>	1565 €	400 €	240 €	410 €	915 €

## Exemples de Remboursements<sup>1</sup> MUTUELLE COMMUNALE 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 AMO (Assurance maladie obligatoire)	Remboursement Niveau 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>70% BR</b>	<b>30% 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>Niveau 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>Niveau 3</b>
<i>Ex : couronne céramo-métallique sur molaires</i>	554 €	120 €	72 €	368 €	114 €
<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>Niveau 3</b>
<i>Ex : traitement par semestre (6 semestres max)</i>	698 €	193,50 €	193,50 €	0 €	504,50 €
<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>Niveau 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 €	44,97 € par verre + 49,97 €	166 €
<i>Ex : verres progressifs + monture</i>	239 € (par verre) + 142 € (monture)	0,05 € par verre + 0,05 €	0,03 € par verre + 0,03 €	79,97 € par verre + 49,97 €	410 €
<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>Niveau 3</b>
<i>Forfait annuel</i>	Non connu	Non remboursé (dans le cas général)	Non remboursé (dans le cas général)	100 % BR + 100 €	Selon les frais engagés
<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>Niveau 3</b>
<i>Ex : opération corrective de la myopie</i>	Non connu	Non remboursé	Non remboursé	200 € par œil	Selon les frais engagés

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.

## Exemples de Remboursements<sup>1</sup> MUTUELLE COMMUNALE Niveau 4

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 4	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 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>Niveau 4</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>Niveau 4</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 €	2675,50 €	668,87 €	0 €

## Exemples de Remboursements<sup>1</sup> MUTUELLE COMMUNALE Niveau 4

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 4	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 €	26.50 €	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 Niveau 4</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 Niveau 4</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>Niveau 4</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 Niveau 4	Reste à charge
<b>Aides auditives</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</b>	<b>0 €</b>
<i>Par oreille pour un patient de plus de 20 ans</i>	950 €	400 €	240 €	710 €	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>Niveau 4</b>
<i>Par oreille pour un patient de plus de 20 ans</i>	1565 €	400 €	240 €	510 €	815 €

## Exemples de Remboursements<sup>1</sup> MUTUELLE COMMUNALE Niveau 4

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 4	Reste à charge
<b>Dentaire</b>					
<b>Soins et prothèses 100% santé</b>	<b>Honoraire limite de facturation (HLF)</b>	<b>BR</b>	<b>70% BR</b>	<b>30% 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>70% BR</b>	<b>30% BR + dépassement si prévu au contrat</b>	<b>Niveau 4</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>70% BR</b>	<b>30% BR + dépassement si prévu au contrat</b>	<b>Niveau 4</b>
<i>Ex : couronne céramo-métallique sur molaires</i>	554 €	120 €	72 €	398 €	84 €
<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>Niveau 4</b>
<i>Ex : traitement par semestre (6 semestres max)</i>	698 €	193,50 €	193,50 €	250 €	254,50 €
<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>Niveau 4</b>
<i>Ex : verres simples + monture</i>	107 € (par verre) + 142 € (monture)	0,05 € par verre + 0,05 €	0,03 € par verre + 0,03 €	64,97 € par verre + 99,97 €	126 €
<i>Ex : verres progressifs + monture</i>	239 € (par verre) + 142 € (monture)	0,05 € par verre + 0,05 €	0,03 € par verre + 0,03 €	99,97 € par verre + 99,97 €	320 €
<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>Niveau 4</b>
<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>	<b>Prix moyen national</b>	<b>Non remboursé</b>	<b>Non remboursé</b>	<b>Prise en charge si prévu au contrat</b>	<b>Niveau 4</b>
<i>Ex : opération corrective de la myopie</i>	Non connu	Non remboursé	Non remboursé	500 € par oeil	Selon les frais engagés

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.