

Exemples de remboursement ⁽¹⁾ ELARGI

| 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 assurance maladie complémentaire (AMC) | Reste à charge |
|---|---|--|---|---|---|
| Hospitalisation | | | | | |
| Forfait journalier hospitalier (hébergement)* | 20 € (15 € en service psychiatrique) | 0,00 € | 0,00 € | 20,00 € (15,00 €) | 0,00 € |
| Chambre particulière (sur demande du patient)** | 60,00 € | Non remboursé | Non remboursé | 60,00 € | 0,00 € |
| Séjour 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 € | 24,00 € | 0,00 € |
| Frais de séjour en secteur privé | Tarif moyen de 794,12 € | 794,12 € | 770,12 € | 24,00 € | 0,00 € |
| 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 422 € | 271,70 € | 271,70 € | 150,30 € | 0,00 € |
| 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 463 € | 271,70 € | 271,70 € | 191,30 € | 0,00 € |
| Séjour sans 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'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 | 0,00 € |
| Frais de séjour en secteur public | Tarif moyen de 3 344,37 € | 3 344,37 € | 2 675,50 € | 668,87 € | 0,00 € |
| Soins courants | | | | | |
| Honoraires médecins secteur 1 (généralistes ou spécialistes) | Tarif de convention | BR | 70 % BR-1 € | 30 % BR | 1 € de participation forfaitaire |
| Ex : consultation médecin traitant généraliste pour un patient de plus de 18 ans | 26,50 € | 26,50 € | 17,55 € | 7,95 € | 1,00 € |
| Ex : consultation pédiatre pour enfant de moins de 6 ans | 33,50 € | 33,50 € | 23,45 € | 10,05 € | 0,00 € |
| Ex : consultation médecin spécialiste pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie, ophtalmologie, dermatologie, etc.) | 31,50 € | 31,50 € | 21,05 € | 9,45 € | 1,00 € |
| Honoraires médecins adhérents OPTAM ou OPTAM-CO | Dépassements maîtrisés | BR | 70 % BR – 1 € | 30 % BR + dépassement si prévu au contrat | 1 € de participation forfaitaire plus dépassement selon contrat |

| 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 assurance maladie complémentaire (AMC) | Reste à charge |
|--|---|--|---|---|--|
| Ex : consultation pédiatre pour enfant de moins de 6 ans | 49,00 € | 33,50 € | 23,45 € | 25,55 € | 0,00 € |
| Ex : consultation médecin spécialiste pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie, ophtalmologie, dermatologie, etc.) | 52,00 € | 31,50 € | 21,05 € | 29,95 € | 1,00 € |
| 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) | 1 € de participation forfaitaire, plus dépassement selon contrat |
| Ex : consultation pédiatre pour enfant de 2 à 16 ans | 64,00 € | 23,00 € | 16,10 € | 20,70 € | 27,20 € |
| Ex : consultation médecin spécialiste pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie, ophtalmologie, dermatologie, etc.) | 65,00 € | 23,00 € | 15,10 € | 20,70 € | 29,20 € |
| Matériel médical | Tarif moyen facturé | BR | 60 % BR | 40 % BR + dépassement si prévu au contrat | Selon contrat |
| Ex : achat d'une paire de béquilles | 25,99 € | 24,40 € | 14,64 € | 11,35 € | 0,00 € |
| Dentaire | | | | | |
| Soins et prothèses 100 % santé | Prix moyen national | BR | 60 % BR | 40 % BR + dépassement dans la limite du plafond des honoraires | 0,00 € |
| Ex : pose d'une couronne céramo-métallique sur incisives, canines et premières prémolaires | 500,00 € | 120,00 € | 72,00 € | 428,00 € | 0,00 € |
| Soins (hors 100 % santé) | Tarif de convention | BR | 60 % BR | 40 % BR + dépassement si prévu au contrat | Selon contrat |
| Ex : détartrage | 43,38 € | 43,38 € | 26,03 € | 17,35 € | 0,00 € |
| Prothèses (hors 100 % santé) | Prix moyen national | BR | 60 % BR | 40 % BR + dépassement si prévu au contrat | Selon contrat |
| Ex : couronne céramométallique sur molaires | 554,00 € | 120,00 € | 72,00 € | 228,00 € | 254,00 € |
| Orthodontie (moins de 16 ans) | Prix moyen national | BR | 100 % BR | Dépassement si prévu au contrat | Selon contrat |
| Ex : traitement par semestre (6 semestres max.) | 698,00 € | 193,50 € | 193,50 € | 290,25 € | 214,25 € |

| Optique | | | | | |
|------------------------------------|--------------------------------------|-------------------------------------|--|--|--------|
| Équipement 100 % santé | Prix moyen national | BR | 60 % BR | 40% BR + dépassement dans la limite des PLV ⁽⁴⁾ | 0,00 € |
| Ex : verres simples et monture | 42,50 € (par verre) + 30 € (monture) | 12,75 € (par verre) + 9 € (monture) | 7,65 € (par verre) + 5,40 € (monture) | 34,85 € (par verre) + 24,60 € (monture) | 0,00 € |
| Ex : verres progressifs et monture | 90 € (par verre) + 30 € (monture) | 27 € (par verre) + 9 € (monture) | 16,20 € (par verre) + 5,40 € (monture) | 73,80 € (par verre) + 24,60 € (monture) | 0,00 € |

| 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 assurance maladie complémentaire (AMC) | Reste à charge |
|--|---|--|---|---|----------------|
| 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 |
| Ex : verres simples et monture | 107 € (par verre) + 142 € (monture) | 0,05 € (par verre) + 0,05 € (monture) | 0,03 € (par verre) + 0,03 € (monture) | 49,97 € (par verre) + 99,97 € (monture) | 156,00 € |
| Ex : verres progressifs et monture | 239 € (par verre) + 142 € (monture) | 0,05 € (par verre) + 0,05 € (monture) | 0,03 € (par verre) + 0,03 € (monture) | 149,97 € (par verre) + 99,97 € (monture) | 220,00 € |
| 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 | Selon contrat |
| Forfait annuel | 150,00 € | Non remboursé (dans le cas général) | Non remboursé (dans le cas général) | 150,00 € | 0,00 € |
| Chirurgie réfractive | Prix moyen national | Non remboursé | Non remboursé | Prise en charge si prévu au contrat | Selon contrat |
| Chirurgie de l'œil | 800,00 € | Non remboursé | Non remboursé | 300,00 € | 500,00 € |

Aides Auditives

| | | | | | |
|---|---------------------|----------|----------|--|---------------|
| Équipement 100 % santé | Prix moyen national | BR | BR 60 % | 40% BR + dépassement dans la limite des PLV | 0,00 € |
| Par oreille pour un patient de plus de 20 ans | 950,00 € | 400,00 € | 240,00 € | 710,00 € | 0,00 € |
| Équipement (hors 100 % santé) | Prix moyen national | BR | BR 60 % | 40% BR + dépassement si prévu au contrat, dans la limite des plafonds réglementaires | Selon contrat |
| Par oreille pour un patient de plus de 20 ans | 1 565,00 € | 400,00 € | 240,00 € | 560,00 € | 765,00 € |

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.

* Prévus à l'article L. 174-4 du Code de la Sécurité sociale, à l'exclusion du forfait journalier facturé par les établissements médico-sociaux visés à l'article L. 312-1 du Code de l'action sociale et des familles.

** Chambre particulière avec nuitée : Durée illimitée. Sauf pour les établissements de soins de suite et de réadaptation (SSR), les établissements psychiatriques, les unités et centres de soins de longue durée visés à l'art. L. 174-5 du Code de la sécurité sociale et tous les établissements de santé non-conventionnés où la prise en charge est limitée à 60 jours par année civile et par bénéficiaire. Pour les établissements spécialisés en rééducation physique (SSR), la prise en charge est limitée à 120 jours déduction faite des 60 premiers jours du séjour. Quelle que soit la catégorie d'établissement, la nature et la durée du séjour, la prise en charge de la chambre particulière par année civile et par bénéficiaire est plafonnée à 2 fois le PMSS en vigueur.

*** Remboursement de la part complémentaire limité à un plafond par an et par bénéficiaire uniquement sur la formule de base.

Soit année 1 : 700€ - année 2 : 850€ - année 3 : 1000€. Plafonds supprimés à partir de la 4ème année. Ainsi, au-delà du plafond annuel, la prise en charge est limitée au montant du ticket modérateur.

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/>)