

PRESTATIONS	REMBOURSEMENTS AMO + AMC	PRÉCISIONS
HOSPITALISATION		
Honoraires, actes et soins		
Médecins signataires DPTM*	250% BR	Actes de chirurgie, anesthésie, obstétrique, et autres actes pratiqués en hospitalisation.
Médecins non signataires DPTM	200% BR	
Participation du patient	Frais réels	Pour les actes techniques médicaux supérieurs à 120 €
Séjour		
Forfait journalier hospitalier	Frais réels	Forfait journalier hospitalier illimité dans les établissements sanitaires
Forfait patient urgence	Frais réels	
Frais de séjour	Frais réels	
Chambre particulière par jour	90€	Limité à 90 jours par année civile et par bénéficiaire
Lit d'accompagnement (enfant de moins de 16 ans) par jour	70€	Limité à 30 jours par année civile et par bénéficiaire
SOINS COURANTS		
Honoraires médicaux		
Consultation, visite, médecins généralistes		
Médecins signataires DPTM	200% BR	
Médecins non signataires DPTM	180% BR	
Consultation, visite, médecins spécialistes		
Médecins signataires DPTM	300% BR	
Médecins non signataires DPTM	200% BR	
Actes techniques, radiologie		
Médecins signataires DPTM	300% BR	
Médecins non signataires DPTM	200% BR	
Forfait sur les actes dits «lourds»	Frais réels	
Honoraires paramédicaux		
Auxiliaires médicaux	140% BR	
Psychologues remboursés par l'AMO	100% BR	
Analyses	140% BR	
Matériel médical		
Chaussures et semelles orthopédiques, Prothèse mammaire, capillaire	400% BR	
Autre matériel médical remboursé par l'AMO	400% BR	
Matériel médical non remboursé par l'AMO	400€	Forfait par année civile et par bénéficiaire, si médicalement prescrit
Médicaments		
Médicaments à Service Médical Rendu* important	100% BR	
Médicaments à Service Médical Rendu modéré	100% BR	
Médicaments à Service Médical Rendu faible	100% BR	
TRANSPORTS		
Transports remboursés par l'AMO	145% BR	
DENTAIRE		
Soins, actes et consultations		
Orthodontie remboursée par l'AMO	350% BR	
Soins et prothèses dentaire 100% santé tels que définis réglementairement	Frais réels	
Prothèses remboursées par l'AMO et ne relevant pas du dispositif 100% santé		
Panier Maîtrisé avec Respect des Honoraires Limites de Facturation	400% BR	
Panier Libre	400% BR	
Actes non remboursés par l'AMO		
Prothèses non remboursées par l'AMO	300€	Forfait par année civile et par bénéficiaire
Implantologie	600€	Forfait par implant : 3 implants par année civile et par bénéficiaire
Parodontie	300€	Forfait par année civile et par bénéficiaire
Orthodontie non remboursée par l'AMO	350% BR reconstituée	Forfait par année civile et par bénéficiaire

100% santé

	PRESTATIONS	REMBOURSEMENTS AMO + AMC	PRÉCISIONS
OPTIQUE			
Verres ou monture 100% santé tels que définis réglementairement (Classe A)			
100% santé	Monture relevant du dispositif 100% santé	Frais réels dans la limite des PLV	
	Verres simples, complexes et très complexes relevant du dispositif 100% santé	Frais réels dans la limite des PLV	
	Suppléments et prestations optiques (Adaptation de la correction visuelle, prisme, système antiptosis, verres isocéoniques)	Frais réels dans la limite des PLV	
	Équipements remboursés par l'AMO et ne relevant pas du dispositif 100% santé (Classe B) ⁽¹⁾		
	Bénéficiaire de moins de 16 ans		
	Monture	100€	
	Verre simple	150€	Par verre
	Verre complexe	275€	Par verre
	Verre très complexe	325€	Par verre
	Bénéficiaire de 16 ans et plus		
Monture	100€		
Verre simple	160€	Par verre	
Verre complexe	300€	Par verre	
Verre très complexe	350€	Par verre	
Lentilles			
Lentilles remboursées ou non remboursées par l'AMO		350€	Forfait par année civile et par bénéficiaire, si médicalement prescrites
Autres actes non remboursés par l'AMO			
Chirurgie réfractive de l'œil		600€	
AIDES AUDITIVES			
Une aide auditive tous les 4 ans par oreille de date à date.			
Équipements 100% santé (Classe I) (tels que définis réglementairement)			
100% santé	Aides auditives	Frais réels dans la limite des PLV	
	Équipements remboursés par l'AMO et ne relevant pas du dispositif 100% santé (Classe II) ⁽²⁾		
	Aides auditives ⁽¹⁾ bénéficiaire - 20 ans	1 400€	Par oreille, tous les 4 ans
Aides auditives ⁽¹⁾ bénéficiaire + 20 ans	1 700€	Par oreille, tous les 4 ans	
BIEN-ETRE ET PRÉVENTION			
Médecines douces			
Ostéopathie, Chiropraxie, Etiopathie, Acupuncture		250€	Forfait annuel par année civile et par bénéficiaire quelle que soit la spécialité
Cures thermales remboursées par l'AMO			
Soins cures thermales		100% BR	
Forfait cures thermales		100% BR+ 350€	Forfait par année civile et par bénéficiaire
Actes de prévention			
Actes de prévention (déterminés par arrêté ministériel)		OUI	Actes de prévention définis par la réglementation pris en charge dans le cadre des contrats responsables
Vaccin anti-grippe		100% de la dépense	Hors prise en charge par l'AMO
Contraception non remboursée par l'AMO		200€	Forfait par année civile et par bénéficiaire, remboursement si médicalement prescrite
Forfait installation Télé Assistance		-	
LES PLUS MOS			
Assistance MOS ⁽³⁾		OUI	
Réseaux de soins		OUI	Kalixia (réseaux de dentistes, d'opticiens, d'audioprothésistes et d'ostéopathes)
Fonds social MOS		OUI	Contactez la Mutuelle MOS
Prime naissance ou adoption		500€	Par enfant inscrit à la mutuelle à sa naissance ou adoption

*AMO : Assurance Maladie Obligatoire (part Régime Obligatoire) / AMC : Assurance Maladie Complémentaire (part Mutuelle) / BR : Base de Remboursement (tarif officiel Assurance Maladie) / SMR : Le Service Médical Rendu est évalué par la Haute Autorité de Santé / DPTM : Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée/TM : Ticket Modérateur / PLV : Prix Limite de Vente
Le remboursement de l'AMC s'applique dans la limite des dépenses réelles et dans le respect du parcours de soins.

Document diffusé à titre d'information n'ayant pas de valeur contractuelle

⁽¹⁾ La garantie s'applique aux frais exposés pour l'acquisition d'un équipement optique (composé de deux verres et d'une monture) dans les conditions de renouvellement fixées par l'Arrêté du 03/12/2018 modifiant la prise en charge d'optique médicale de la Liste des Produits et Prestations (LPP) prévue à l'article L.165-1 du Code de la sécurité sociale, et rappelées ci-après.

- Pour les adultes et pour les enfants de 16 ans et plus, le renouvellement de la prise en charge d'un équipement est possible au terme d'une période minimale de deux ans après la dernière prise en charge d'un équipement.
- Pour les enfants de plus de 6 ans et de moins de 16 ans, le renouvellement de la prise en charge d'un équipement est possible au terme d'une période minimale d'un an après le dernier remboursement d'un équipement.
- Pour les enfants jusqu'à 6 ans, le renouvellement de la prise en charge d'un équipement est possible au terme d'une période minimale de 6 mois après le dernier remboursement d'un équipement uniquement en cas de mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage de l'enfant entraînant une perte d'efficacité du verre correcteur. Dans les autres cas, le délai d'un an mentionné précédemment s'applique. Les différents délais s'entendent par rapport à la date de délivrance du dernier dispositif de l'équipement optique concerné pour l'application du délai. Les différents délais sont également applicables pour le renouvellement séparé des éléments de l'équipement, et dans ce cas, le délai de renouvellement s'apprécie distinctement pour chaque élément.
- Par dérogation aux dispositions ci-dessus, le renouvellement anticipé de la prise en charge pour raison médicale d'un équipement pour les adultes et enfants d'au moins 16 ans est permis au terme d'une période minimale d'un an lorsqu'intervient une dégradation des performances oculaires dans l'une des situations limitativement prévues par la LPP, et pour laquelle la justification d'une évolution de la vue est effectuée soit au travers d'une nouvelle prescription médicale, qui est comparée à la prescription médicale précédente, soit lorsque l'opticien-lunetier adapte la prescription médicale lors d'un renouvellement de délivrance.
- Par dérogation également, pour les enfants de moins de 16 ans, aucun délai minimal de renouvellement des verres n'est applicable lorsqu'intervient une dégradation des performances oculaires objectivée par un ophtalmologiste sur une prescription médicale. Par dérogation enfin, aucun délai minimal de renouvellement des verres n'est applicable en cas d'évolution de la réfraction liée à des situations médicales particulières (troubles de réfraction associés à une pathologie ophtalmologique, à une pathologie générale ou à la prise de médicaments au long cours), définies par la LPP, sous réserve d'une nouvelle prescription médicale ophtalmologique.

- La prise en charge de deux équipements est autorisée uniquement pour les patients ayant :
- Une intolérance ou une contre-indication aux verres progressifs ou multifocaux, et présentant un déficit de vision de près et un déficit de vision de loin. La prise en charge peut couvrir deux équipements corrigeant chacun un des deux déficits mentionnés.
- Une amblyopie et / ou un strabisme nécessitant une pénalisation optique. Pour ces patients, la prise en charge peut couvrir deux équipements de corrections différentes à porter en alternance.

Panache des verres et monture : un équipement peut être composé de deux verres d'une part, et d'une monture d'autre part, appartenant à des classes (A ou B) différentes.

⁽²⁾ Par oreille tous les 4 ans. Un renouvellement anticipé de la prise en charge de l'aide auditive peut toutefois intervenir, sans préjudice de l'application des dispositions de l'article R.165-24 du Code de la sécurité sociale, si les conditions cumulatives suivantes sont satisfaites :

- période d'au moins deux ans écoulée suivant la date de délivrance de l'aide auditive précédente (ce délai s'entend pour chaque oreille indépendamment) ;
- renouvellement sollicité pour une aide auditive hors d'usage, reconnue irréparable ou inadaptée à l'état du bénéficiaire.

⁽³⁾ Contrat collectif souscrit auprès de RMA - Ressources Mutuelles Assistance soumise aux dispositions du Livre II du Code de la mutualité immatriculée sous le SIREN 444 269 682.
Siège social : 46 rue du moulin - CS 32427 - 44124 Vertou Cedex

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) MUTUELLE MOS	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	Jusqu'à 90 €	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	835,60 €	835,60 €	811,60 €	24 €	0 €
Honoraires médecins adhérents OPTAM ou OPTAM-CO	Dépassements maîtrisés	BR	100 % BR	Dépassements si prévus au contrat	Selon contrat
Opération en secteur privé : honoraires chirurgien	434 €	271,70 €	271,70 €	162,30 €	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	473 €	271,70 €	271,70 €	201,30 €	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	3 541 €	3 541 €	2 832,80 €	708,20 €	0 €
SOINS COURANTS					
Honoraires médecins secteur 1 (généralistes ou spécialistes)	Tarif de convention	BR	70 % BR - 2 €*	30 % BR	2 € de participation forfaitaire*
Ex : consultation médecin traitant généraliste pour un patient de plus de 18 ans	30 €**	30 €**	19 €**	9 €	2 € de participation forfaitaire*
Ex : consultation pédiatre pour enfant de 2 à 6 ans	35 €**	35 €**	24,50 €**	10,50 €	0 €
Ex : consultation médecin spécialiste pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie obstétrique, ophtalmologie, dermatologie, etc...)	37 €**	37 €**	23,90 €**	11,10 €	2 € de participation forfaitaire*
Honoraires médecins adhérents OPTAM ou OPTAM-CO	Dépassements maîtrisés	BR	70 % BR - 2 €*	30 % BR + dépassement si prévu au contrat	2 € de participation forfaitaire* plus dépassement selon contrat
Ex : consultation pédiatre pour enfant de 2 à 6 ans	50 €	35 €**	24,50 €**	25,50 €	0 €
Ex : consultation médecin spécialiste pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie obstétrique, ophtalmologie, dermatologie, etc...)	54 €	37 €**	23,90 €**	28,10 €	2€ de participation forfaitaire*
Honoraires médecins secteur 2 (non adhérents OPTAM ou OPTAM-CO)	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 contrat
Ex : consultation pédiatre pour enfant de 2 à 16 ans	62 €	23 €	16,10 €	25,30 €	20,60 €
Ex : consultation médecin spécialiste pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie obstétrique, ophtalmologie, dermatologie, etc...)	67 €	23 €	14,10 €	29,90 €	23 €
Matériel médical	Tarif moyen facturé	BR	60% BR	40 % BR + dépassement si prévu au contrat	Selon contrat
Ex : achat d'une paire de béquilles	26,18 €	24,40 €	14,64 €	11,54 €	0 €

* Depuis le 15 mai 2024, le montant de la participation forfaitaire s'élève à 2€

** Tarifs en vigueur issus de la convention médicale signée le 4 juin 2024 et publiée au JORF du 21 juin 2024

CONTRAT D'ASSURANCE SANTÉ RESPONSABLE ²	Tarif le plus souvent facturé, ou tarif réglementé	Base de remboursement de la sécurité sociale (BR) ³	Remboursement assurance maladie obligatoire (AMO)	REMBOURSEMENT ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE (AMC) MUTUELLE MOS	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 €
Ex : pose d'une couronne céramo-métallique sur incisives, canines et premières prémolaires (HBLD634)	500 €	120 €	72 €	428 €	0 €
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 €
Prothèses (hors 100% santé)	Prix moyen national	BR	60% BR	40% BR + dépassement si prévu au contrat	Selon contrat
Ex : couronne céramo-métallique sur molaires	557 €	120 €	72 €	408 €	77 €
Orthodontie (moins de 16 ans)	Prix moyen national	BR	100 % BR	Dépassement si prévu au contrat	Selon contrat
Ex : traitement par semestre (6 max)	707 €	193,50 €	193,50 €	483,75 €	29,75 €
OPTIQUE					
Équipement 100% santé	Prix limite de vente (PLV)	BR	60 % BR	40 % BR + dépassement dans la limite des PLV ⁴	0 €
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 €
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 €
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 + monture	110 € (par verre) + 146 € (monture)	0,05 € (par verre) + 0,05 € (monture)	0,03 € (par verre) + 0,03 € (monture)	109,97 € (par verre) + 99,97 € (monture)	0 € (par verre) + 46 € (monture)
Ex : verres progressifs + monture	243 € (par verre) + 146 € (monture)	0,05 € (par verre) + 0,05 € (monture)	0,03 € (par verre) + 0,03 € (monture)	242,97 € (par verre) + 99,97 € (monture)	0 € (par verre) + 46 € (monture)
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	NC	Non remboursé (dans le cas général)	Non remboursé (dans le cas général)	jusqu'à 350 €	Selon contrat et coût des lentilles
Chirurgie réfractive	Prix moyen national	Non remboursé	Non remboursé	Prise en charge si prévu au contrat	Selon contrat
Ex : opération corrective de la myopie	NC	Non remboursé	Non remboursé	Jusqu'à 600 €	Selon contrat et coût de l'opération
AIDES AUDITIVES					
Équipement 100% santé	Prix limite de vente (PLV)	BR	60 % BR	40 % BR + dépassement dans la limite des PLV	0 €
Par oreille pour un patient de plus de 20 ans	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	Selon contrat
Par oreille pour un patient de plus de 20 ans	1 582 €	400 €	240 €	1 342 €	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.

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/>)

