

PRESTATIONS	Remboursement total (AMO + AMC)			PRÉCISIONS	
	NIEVRE SANTE 1 (LABELLISÉE*)	NIEVRE SANTE 2 (LABELLISÉE*)	NIEVRE SANTE 3 (LABELLISÉE*)		
HOSPITALISATION⁽¹⁾					
Honoraires, actes et soins					
Médecins signataires DPTM	100% BR	180% BR	220% BR		
Médecins non signataires DPTM	100% BR	160% BR	200% BR		
Participation du patient	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Pour les actes techniques médicaux supérieurs à 120 €	
Séjour					
Forfait journalier hospitalier	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Forfait journalier hospitalier illimité dans les établissements sanitaires	
Forfait patient urgence	Frais réels	Frais réels	Frais réels	-	
Frais de séjour	Frais réels	Frais réels	Frais réels	-	
Chambre particulière par jour (y compris en ambulatoire)	-	45 €	50 €	Limite à 30 jours par année civile et par bénéficiaire	
SOINS COURANTS					
Honoraires médicaux					
Consultation, visite, médecins généralistes					
Médecins signataires DPTM	100% BR	100% BR	100% BR	-	
Médecins non signataires DPTM	100% BR	100% BR	100% BR	-	
Consultation, visite, médecins spécialistes					
Médecins signataires DPTM	100% BR	140% BR	220% BR	-	
Médecins non signataires DPTM	100% BR	120% BR	200% BR	-	
Actes techniques, radiologie					
Médecins signataires DPTM	100% BR	100% BR	150% BR	-	
Médecins non signataires DPTM	100% BR	100% BR	130% BR	-	
Participation du patient	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Pour les actes techniques médicaux supérieurs à 120 €	
Honoraires paramédicaux					
Auxiliaires médicaux ⁽²⁾	100% BR	100% BR	100% BR	-	
Psychologues remboursés par l'AMO	100% BR	100% BR	100% BR	-	
Analyses et examens en laboratoire	100% BR	100% BR	100% BR	-	
Matériel médical					
Chaussures et semelles orthopédiques, Prothèse mammaire, capillaire	100% BR	200% BR	300% BR	-	
Autre matériel médical remboursé par l'AMO	100% BR	200% BR	300% BR	-	
Matériel médical non remboursé par l'AMO	-	-	165 €	Forfait par année civile et par bénéficiaire, si médicalement prescrit	
Médicaments					
Médicaments à Service Médical Rendu important	100% BR	100% BR	100% BR	Vignette blanche	
Médicaments à Service Médical Rendu modéré	100% BR	100% BR	100% BR	Vignette bleue	
Médicaments à Service Médical Rendu faible	15% BR ⁽³⁾	15% BR ⁽³⁾	15% BR ⁽³⁾	Vignette orange	
TRANSPORTS					
Transports remboursés par l'AMO	100% BR	100% BR	100% BR	-	
DENTAIRE					
Soins, actes et consultations	100% BR	100% BR	100% BR	-	
Orthodontie remboursée par l'AMO	125% BR	300% BR	350% BR	-	
Soins et prothèses dentaires relevant du dispositif 100% santé ⁽⁴⁾	Frais réels	Frais réels	Frais réels	-	
Prothèses remboursées par l'AMO et ne relevant pas du dispositif 100% santé					
Panier Maîtrisé avec Respect des Honoraires Limites de Facturation	230% BR	300% BR	400% BR	Dans la limite d'un plafond dentaire ⁽⁵⁾ par année civile et par bénéficiaire de : NIEVRE SANTE 1 : 700 € / NIEVRE SANTE 2 : 1 000 € / NIEVRE SANTE 3 : 1 300 €	
Panier Libre	230% BR	300% BR	400% BR		
Actes non remboursés par l'AMO					
Prothèses non remboursées par l'AMO	-	-	300 €	Forfait par année civile et par bénéficiaire	
Implantologie	-	250 €	500 €	Forfait par année civile et par bénéficiaire (hors piliers dentaires)	
Parodontie	-	-	200 €	Forfait par année civile et par bénéficiaire	
Orthodontie non remboursée par l'AMO	-	-	450 €	Forfait par année civile et par bénéficiaire	
OPTIQUE					
Équipement optique : 1 monture et 2 verres tous les deux ans de date à date pour les adultes de 16 ans et plus (période ramenée à un an en cas de renouvellement anticipé prévu à l'article L. 165-1 du Code de la Sécurité Sociale). 1 monture et 2 verres tous les ans de date à date pour les enfants de moins de 16 ans. Voir le conditions de renouvellement détaillées ci-dessous ⁽⁶⁾					
Verres ou monture 100% santé tels que définis réglementairement (Classe A)					
Monture et verres relevant du dispositif 100% santé⁽⁸⁾	Frais réels	Frais réels	Frais réels	-	
Equipements remboursés par l'AMO et ne relevant pas du dispositif 100% santé (Classe B)					
Enfants de moins de 16 ans					
Monture	35 €	70 €	100 €	-	
Verre simple	40 €	60 €	85 €	Par verre	
Verre complexe	75 €	120 €	170 €	Par verre	
Verre très complexe	85 €	170 €	210 €	Par verre	

PRESTATIONS	Remboursement total (AMO + AMC)			PRÉCISIONS
	NIEVRE SANTE 1 (LABELLISÉE*)	NIEVRE SANTE 2 (LABELLISÉE*)	NIEVRE SANTE 3 (LABELLISÉE*)	
Prisme	100% BR	100% BR	100% BR	-
Adultes de 16 ans et plus				
Monture	60 €	90 €	100 €	-
Verre simple	60 €	80 €	100 €	Par verre
Verre complexe	95 €	170 €	200 €	Par verre
Verre très complexe	95 €	210 €	250 €	Par verre
Prisme	100% BR	100% BR	100% BR	-
Lentilles				
Lentilles remboursées ou non remboursées par l'AMO	100 €	200 €	250 €	Forfait par année civile et par bénéficiaire, si médicalement prescrit
Autres actes non remboursés par l'AMO				
Chirurgie réfractive de l'œil	-	300 €	350 €	Forfait par œil, par année civile et par bénéficiaire (ne concerne pas l'implant oculaire)
AIDES AUDITIVES				
Une aide auditive tous les 4 ans par oreille de date à date (renouvellement anticipé possible sous respect des conditions requises) ⁽⁶⁾				
Equipements 100% santé (Classe I)				
Aides auditives relevant du dispositif 100% santé ⁽⁸⁾	Frais réels	Frais réels	Frais réels	-
Equipements remboursés par l'AMO et ne relevant pas du dispositif 100% santé (Classe II)				
Aides auditives	100% BR	100% BR + 550 €	100% BR + 700 €	Par oreille
BIEN-ETRE ET PRÉVENTION				
Ostéopathie ⁽⁴⁾	-	2 séances par année civile et par bénéficiaire 30 €	4 séances par année civile et par bénéficiaire 30 €	Forfait par séance
Cures thermales remboursées par l'AMO				
Soins cures thermales	65% BR ⁽³⁾	65% BR ⁽³⁾	65% BR ⁽³⁾	-
Forfait cures thermales	-	180 €	250 €	Forfait par année civile et par bénéficiaire
Actes de prévention				
Actes de prévention (déterminés par arrêté ministériel)	OUI	OUI	OUI	Actes de prévention définis par la réglementation pris en charge dans le cadre des contrats responsables
Vaccin anti-grippe	-	50% de la dépense	50% de la dépense	-
+ LES PLUS MOS				
Téléconsultation : Maiia (7j/7 - 24h/24)	OUI	OUI	OUI	-
Assistance MOS ⁽⁷⁾	OUI	OUI	OUI	Contacter RMA : 09 87 98 31 87
Réseaux de soins	OUI	OUI	OUI	Kalixia (réseaux de dentistes, d'opticiens, d'audioprothésistes et d'ostéopathes)
Fonds social MOS	OUI	OUI	OUI	Contacter la Mutuelle MOS

Abbreviations : AMO : Assurance Maladie Obligatoire (part Régime Obligatoire) / AMC : Assurance Maladie Complémentaire (part Mutuelle) / BR : Base de Remboursement (tarif officiel Assurance Maladie) / BRR : Base de Remboursement Reconstituée / SMR : Le Service Médical Rendu est évalué par la Haute Autorité de Santé / DPTM : Dispositif de Pratique Tarifaire Maitrisée / TM : Ticket Modérateur, partie de vos dépenses de santé qui reste à votre charge une fois que l'Assurance Maladie a remboursé sa part. Le remboursement de l'AMC s'applique dans la limite des dépenses réelles et dans le respect du parcours de soins. (1) Hors établissements médico-sociaux (Maison d'Accueil Spécialisé, maison de retraite, EHPAD), tels que définis à l'article L.312-1 du Code de l'action sociale et des familles et l'article L.174-6 du Code de la sécurité sociale. Maisons de repos : la chambre particulière et le forfait journalier sont limités à 30 jours par année civile et par bénéficiaire. (2) Entrent dans cette catégorie les honoraires des infirmier(ères), masseurs kinésithérapeutes, orthophonistes, orthoptistes, sages-femmes, pédicures-podologues pris en charge par l'Assurance Maladie Obligatoire. (3) Remboursement par l'Assurance Maladie Obligatoire (AMO) uniquement. (4) Le praticien doit détenir les diplômes requis et être enregistré dans le répertoire agréé de type ADELI ou RPPS. (5) Conditions de renouvellement pour un équipement optique : 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 : • 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. 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'il 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 livraison. 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 ophthalmologique, à une pathologie générale ou à la prise de médicaments au long cours), définies par la LPP, sous réserve d'une nouvelle prescription médicale ophthalmologique. 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. Panachage 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. (6) Conditions de renouvellement anticipé pour une aide auditive : 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'entendant pour chaque oreille indépendamment) ; - renouvellement sollicité pour une aide auditive hors d'usage, reconnue irréparable ou inadaptée à l'état du bénéficiaire. La prise en charge Mutuelle de ce nouvel équipement est limitée au Ticket Modérateur (7) Contrat collectif souscrit auprès de RMA - Ressources Mutualées 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. (8) Tel que définis réglementairement (remboursement dans les limites et conditions de la réglementation en vigueur). (9) Une fois ce plafond atteint, le ticket modérateur reste pris en charge. * Une mutuelle labellisée est validée par l'ACPR et permet aux fonctionnaires (agents de la fonction publique, qu'ils soient territoriaux, hospitaliers ou d'Etat) de bénéficier de financements (accord) partiels par leur employeur.



Exemples de Remboursement⁽¹⁾ Gamme Villes et communes - Nièvre Santé 2026

Contrat d'assurance santé responsable⁽²⁾



	HOSPITALISATION			Remboursement assurance maladie complémentaire (AMC) Mutuelle MOS			Reste à charge				
	Tarif le plus souvent facturé, ou tarif réglementé	Base de remboursement de la sécurité sociale (BR) ⁽³⁾	Remboursement assurance maladie obligatoire (AMO)	NIEVRE SANTE 1	NIEVRE SANTE 2	NIEVRE SANTE 3	NIEVRE SANTE 1	NIEVRE SANTE 2	NIEVRE SANTE 3		
				NIEVRE SANTE 1	NIEVRE SANTE 2	NIEVRE SANTE 3					
Forfait journalier hospitalier (hébergement)	20 € (15 € en service psychiatrique)	0 €	0 €	20 € (15 €)			0 €				
Chambre particulière (sur demande du patient)	Non connu (NC)	Non remboursé	Non remboursé	Non remboursé	Jusqu'à 45 €	Jusqu'à 50 €	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 signataires DPTM	Dépassements maîtrisés	BR	100 % BR	Dépassements si prévus au contrat			Selon contrat		
Opération en secteur privé : honoraires chirurgien	434 €	271,70 €	271,70 €	0 €	162,30 €	162,30 €	162,30 €	0 €	0 €
Honoraires médecins secteur 2 (non signataires DPTM)	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 €	0 €	163,02 €	201,30 €	201,30 €	38,28 €	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	3 541 €	3 541 €	2 832,80 €	708,20 €			0 €		

Exemples de Remboursement⁽¹⁾ Gamme Villes et communes - Nièvre Santé 2026

Contrat d'assurance santé responsable⁽²⁾



SOINS COURANTS

	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		
				NIEVRE SANTE 1	NIEVRE SANTE 2	NIEVRE SANTE 3	NIEVRE SANTE 1	NIEVRE SANTE 2	NIEVRE SANTE 3
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 (signataires DPTM)	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 €**	10,50 €	24,50 €	25,50 €	15 €	1 €	0 €
Ex : consultation médecin spécialiste pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie obstétrique, ophtalmologie, dermatologie, etc...)	54 €	37 €**	23,90 €**	11,10 €	25,90 €	28,10 €	19 €	4,20 €	2 € de participation forfaitaire*
Honoraires médecins secteur 2 (non signataires DPTM)	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 €	6,90 €	11,50 €	29,90 €	39 €	34,40 €	16 €
Ex : consultation médecin spécialiste pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie obstétrique, ophtalmologie, dermatologie, etc...)	67 €	23 €	14,10 €	6,90 €	11,50 €	29,90 €	46 €	41,40 €	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 €	9,76 €	11,54 €	11,54 €	1,78 €	0 €	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

Exemples de Remboursement⁽¹⁾ Gamme Villes et communes - Nièvre Santé 2026

Contrat d'assurance santé responsable⁽²⁾



DENTAIRE				Remboursement assurance maladie complémentaire (AMC) Mutuelle MOS			Reste à charge		
	Tarif le plus souvent facturé, ou tarif réglementé	Base de remboursement de la sécurité sociale (BR) ⁽³⁾	Remboursement assurance maladie obligatoire (AMO)	NIEVRE SANTE 1	NIEVRE SANTE 2	NIEVRE SANTE 3	NIEVRE SANTE 1	NIEVRE SANTE 2	NIEVRE SANTE 3
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 €	204 €	288 €	408 €	281 €	197 €	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 €	48,38 €	387 €	483,75 €	465,12 €	126,50 €	29,75 €



AIDES AUDITIVES				Remboursement assurance maladie complémentaire (AMC) Mutuelle MOS			Reste à charge		
	Tarif le plus souvent facturé, ou tarif réglementé	Base de remboursement de la sécurité sociale (BR) ⁽³⁾	Remboursement assurance maladie obligatoire (AMO)	NIEVRE SANTE 1	NIEVRE SANTE 2	NIEVRE SANTE 3	NIEVRE SANTE 1	NIEVRE SANTE 2	NIEVRE SANTE 3
Équipement 100% santé	Prix limite de vente (PLV)	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 €				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 €	160 €	710 €	860 €	1 182 €	632 €	482 €

Exemples de Remboursement⁽¹⁾ Gamme Villes et communes - Nièvre Santé 2026

Contrat d'assurance santé responsable⁽²⁾



OPTIQUE				Remboursement assurance maladie complémentaire (AMC) Mutuelle MOS			Reste à charge		
	Tarif le plus souvent facturé, ou tarif réglementé	Base de remboursement de la sécurité sociale (BR) ⁽³⁾	Remboursement assurance maladie obligatoire (AMO)	NIEVRE SANTE 1	NIEVRE SANTE 2	NIEVRE SANTE 3	NIEVRE SANTE 1	NIEVRE SANTE 2	NIEVRE SANTE 3
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)	73,80 € (par verre) + 24,60 € (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 (16 ans et plus)	110 € (par verre) + 146 € (monture)	0,05 € (par verre) + 0,05 € (monture)	0,03 € (par verre) + 0,03 € (monture)	59,97 € (par verre) + 59,97 € (monture)	79,97 € (par verre) + 89,97 € (monture)	99,97 € (par verre) + 99,97 € (monture)	50 € (par verre) + 86 € (monture)	30 € (par verre) + 56 € (monture)	10 € (par verre) + 46 € (monture)
Ex : verres progressifs + monture (16 ans et plus)	243 € (par verre) + 146 € (monture)	0,05 € (par verre) + 0,05 € (monture)	0,03 € (par verre) + 0,03 € (monture)	94,97 € (par verre) + 59,97 € (monture)	169,97 € (par verre) + 89,97 € (monture)	199,97 € (par verre) + 99,97 € (monture)	148 € (par verre) + 86 € (monture)	73 € (par verre) + 56 € (monture)	43 € (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 100 €	Jusqu'à 200 €	Jusqu'à 250 €	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 (par œil)	NC	Non remboursé	Non remboursé	Non remboursé	Jusqu'à 300 €	Jusqu'à 350 €	Selon contrat et coût de l'opération		

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-télécharger/>)