

EXEMPLES DE REMBOURSEMENT ⁽¹⁾

CCN PST

Contrat d'assurance santé responsable ²	Tarif le plus souvent facturé, ou tarif réglementé	Base de remboursement de la sécurité sociale (BR) ³	Remboursement AMO (Assurance maladie obligatoire)	Remboursement AMC (Assurance maladie complémentaire)			Reste à charge		
				PST1	PST2	PST3	PST1	PST2	PST3
Hospitalisation									
Forfait journalier hospitalier (hébergement)	20 € (15 € en service psychiatrique)	0 €	0 €	20 € (15 €)			0 €		
Chambre particulière (sur demande du patient)	-	Non remboursé	Non remboursé	20 €	40 €	80 €	-		
Séjours avec actes lourds. L'hôpital public inclut la rémunération des praticiens dans les frais de séjour, alors que leurs honoraires sont facturés séparément dans le secteur privé									
Exemple d'une opération chirurgicale de la cataracte, en secteur privé									
Frais de séjour	Différent selon public/privé	BR	BR – 24 €	24 €			0 €		
Frais de séjour en secteur privé	Tarif moyen de 838,98 €	838,98 €	814, 98 €	24 €			0 €		
Honoraires médecins adhérents OPTAM ou OPTAM-ACO	Dépassements maitrisés	BR	100 % BR	Dépassement si prévu au contrat			Selon contrat		
Opération en secteur privé : honoraires chirurgien	Tarif moyen de 443 €	271,70 €	271,70 €	135,85 €	171,30 €	171,30 €	35,45 €	0 €	0 €
Honoraires médecins secteur 2 (non adhérents OPTAM ou OPTAM-ACO)	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 486 €	271,70 €	271,70 €	81,51 €	163,02 €	214,30 €	132,79 €	51,28 €	0 €
Séjours sans acte lourd. L'hôpital public inclut la rémunération des praticiens dans les frais de séjour, alors que leurs honoraires sont facturés séparément dans le secteur privé									
Exemple d'un suivi d'une pneumonie ou pleurésie pour un patient de plus de 17 ans, en hôpital public									
Frais de séjour	Différent selon public/privé	BR	80 % BR	20 % BR			0 €		
Frais de séjour en secteur public	Tarif moyen de 3 754 €	3 754 €	3003,20 €	750,80 €			0 €		

1 : Les exemples de remboursements sont donnés pour un assuré sans taux de prise en charge particulier et respectant le parcours de soins coordonnés.

2 : Les contrats sont dits « responsables » quand ils respectent des obligations fixées par la réglementation, notamment des minimums et maximums de remboursement ainsi que des interdictions de prise en charge. Pour aller plus loin, consulter le Glossaire de l'assurance complémentaire santé.

3 : La BR est un tarif de « référence » fixé pour chaque acte, chaque produit, chaque dispositif médical. L'assurance maladie obligatoire ne rembourse dans la plupart des cas qu'un % de la BR, à un taux différent selon les actes, produits de santé, dispositifs médicaux, le complément étant apporté par l'assurance maladie complémentaire.

Contrat d'assurance santé responsable ²	Tarif le plus souvent facturé, ou tarif réglementé	Base de remboursement de la sécurité sociale (BR) ³	Remboursement AMO (Assurance maladie obligatoire)	Remboursement AMC (Assurance maladie complémentaire)			Reste à charge		
				PST1	PST2	PST3	PST1	PST2	PST3
Soins courants									
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 €	19,00 €	9 €	9 €	9 €	2 €	2 €	2 €
Ex : Consultation pédiatre pour enfant de de 2 à 6 ans	35 €	35 €	24,50 €	10,50 €	10,50 €	10,50 €	0 €	0 €	0 €
Ex : Consultation médecin spécialiste pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie médicale)	40 €	40 €	26 €	12 €	12 €	12 €	2 €	2 €	2 €
Honoraires médecins adhérents OPTAM ou OPTAM-ACO	Dépassements maitrisés	BR	70 % BR – 2 €	30 % BR + Dépassement si prévu au contrat			2 € de participation forfaitaire, + dépassement selon contrat		
Ex : Consultation pédiatre pour enfant de 2 à 6 ans	50€	35 €	24,50 €	25,50 €	25,50 €	25,50 €	0 €	0 €	0 €
Ex : Consultation médecin spécialiste pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie médicale)	53 €	40 €	26 €	25 €	25 €	25 €	2 €	2 €	2 €
Honoraires médecins secteur 2 (non adhérents OPTAM ou OPTAM-ACO)	Honoraires libres	BR	70 % BR – 2 €	30 % BR + dépassement si prévu au contrat (remboursement des dépassements plafonné à 100 % BR)			2 € de participation forfaitaire, + dépassement selon contrat		
Ex : Consultation pédiatre pour enfant de 2 à 16 ans	62 €	23 €	16,10 €	13,80 €	20,70 €	29,90 €	32,10 €	25,20 €	16 €
Ex : Consultation médecin spécialiste pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie médicale)	66 €	23 €	14,10 €	13,80 €	20,70 €	29,90 €	38,10 €	31,20 €	22 €
Matériel médical	Tarifs moyens facturés	BR	60% BR	40 % BR + Dépassement si prévu au contrat			Selon contrat		
Ex : Achat d'une paire de béquilles	26,71 €	24,40 €	14,64 €	12,07 €	12,07 €	12,07 €	0 €	0 €	0 €

1 : Les exemples de remboursements sont donnés pour un assuré sans taux de prise en charge particulier et respectant le parcours de soins coordonnés.

2 : Les contrats sont dits « responsables » quand ils respectent des obligations fixées par la réglementation, notamment des minimums et maximums de remboursement ainsi que des interdictions de prise en charge. Pour aller plus loin, consulter le Glossaire de l'assurance complémentaire santé.

3 : La BR est un tarif de « référence » fixé pour chaque acte, chaque produit, chaque dispositif médical. L'assurance maladie obligatoire ne rembourse dans la plupart des cas qu'un % de la BR, à un taux différent selon les actes, produits de santé, dispositifs médicaux, le complément étant apporté par l'assurance maladie complémentaire.

Contrat d'assurance santé responsable ²	Tarif le plus souvent facturé, ou tarif réglementé	Base de remboursement de la sécurité sociale (BR) ³	Remboursement AMO (Assurance maladie obligatoire)	Remboursement AMC (Assurance maladie complémentaire)			Reste à charge		
				PST1	PST2	PST3	PST1	PST2	PST3

Dentaire

Soins et prothèses 100% santé	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	515 €	120 €	72 €	443 €			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	561,99 €	120 €	72 €	150 €	228 €	348 €	339,99 €	261,99 €	141,99 €
Orthodontie (moins de 16 ans)	Prix moyen national	BR	100% BR	Dépassement si prévu au contrat			Selon contrat		
Ex : Traitement par semestre (6 max.)	714,10 €	193,50 €	193,50 €	164,48 €	193,50 €	387 €	356,13 €	327,10 €	133,60 €

1 : Les exemples de remboursements sont donnés pour un assuré sans taux de prise en charge particulier et respectant le parcours de soins coordonnés.

2 : Les contrats sont dits « responsables » quand ils respectent des obligations fixées par la réglementation, notamment des minimums et maximums de remboursement ainsi que des interdictions de prise en charge. Pour aller plus loin, consulter le Glossaire de l'assurance complémentaire santé.

3 : La BR est un tarif de « référence » fixé pour chaque acte, chaque produit, chaque dispositif médical. L'assurance maladie obligatoire ne rembourse dans la plupart des cas qu'un % de la BR, à un taux différent selon les actes, produits de santé, dispositifs médicaux, le complément étant apporté par l'assurance maladie complémentaire.

Contrat d'assurance santé responsable ²	Tarif le plus souvent facturé, ou tarif réglementé	Base de remboursement de la sécurité sociale (BR) ³	Remboursement AMO (Assurance maladie obligatoire)	Remboursement AMC (Assurance maladie complémentaire)			Reste à charge		
				PST1	PST2	PST3	PST1	PST2	PST3
Optique									
Équipement 100% santé	Prix limite de vente (PLV)	BR	60 % BR	40 % BR + dépassement dans la limite des PLV ⁴			0 €		
Ex : 2 Verres simples + 1 monture	115 €	34,50 €	20,70 €	94,30 €			0 €		
- dont par verre	42,50 €	12,75 €	7,65 €	34,85 €			0 €		
- dont par monture	30 €	9 €	5,40 €	24,60 €			0 €		
Ex : 2 Verres progressifs + 1 monture	210 €	63 €	37,80 €	172,20 €			0 €		
- dont par verre	90 €	27 €	16,20 €	73,80 €			0 €		
- dont par monture	30 €	9 €	5,40 €	24,60 €			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 : 2 Verres simples + 1 monture	372 €	0,15 €	0,09 €	269,91 €	309,91 €	323,91 €	102 €	62 €	48 €
- dont par verre	112 €	0,05 €	0,03 €	84,97 €	104,97 €	111,97 €	27 €	7 €	0 €
- dont par monture	148 €	0,05 €	0,03 €	99,97 €	99,97 €	99,97 €	48 €	48 €	48 €
Ex : 2 Verres progressifs + 1 monture	640 €	0,15 €	0,09 €	409,91 €	469,91 €	489,91 €	230 €	170 €	150 €
- dont par verre	246 €	0,05 €	0,03 €	154,97 €	184,97 €	194,97 €	91 €	61 €	51 €
- dont par monture	148 €	0,05 €	0,03 €	99,97 €	99,97 €	99,97 €	48 €	48 €	48 €
Lentilles	Prix moyen national	Pas de prise en charge (dans le cas général)		Prise en charge si prévu au contrat			Selon contrat		
Forfait annuel	-	Non remboursé (dans le cas général)		200 €	250 €	300 €	-		
Chirurgie réfractive	Prix moyen national	Non remboursé		Prise en charge si prévu au contrat			Selon contrat		
Ex : Opération corrective de la myopie	-	Non remboursé		0 €	300 €	600 €	-		

1 : Les exemples de remboursements sont donnés pour un assuré sans taux de prise en charge particulier et respectant le parcours de soins coordonnés.

2 : Les contrats sont dits « responsables » quand ils respectent des obligations fixées par la réglementation, notamment des minimums et maximums de remboursement ainsi que des interdictions de prise en charge. Pour aller plus loin, consulter le Glossaire de l'assurance complémentaire santé.

3 : La BR est un tarif de « référence » fixé pour chaque acte, chaque produit, chaque dispositif médical. L'assurance maladie obligatoire ne rembourse dans la plupart des cas qu'un % de la BR, à un taux différent selon les actes, produits de santé, dispositifs médicaux, le complément étant apporté par l'assurance maladie complémentaire.

4 : Prix limite de vente.

Contrat d'assurance santé responsable ²	Tarif le plus souvent facturé, ou tarif réglementé	Base de remboursement de la sécurité sociale (BR) ³	Remboursement AMO (Assurance maladie obligatoire)	Remboursement AMC (Assurance maladie complémentaire)			Reste à charge		
				PST1	PST2	PST3	PST1	PST2	PST3

Aides auditives

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	1 515 €	400 €	240 €	160 €	260 €	360 €	1 115 €	1 015 €	915 €

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.