

Unéo-Référence

OPTIMALE



Remboursements pour des prestations effectuées en Métropole et dans les DROM et COM (sauf N^{elle} Calédonie et Wallis et Futuna)

Soins de ville courants

		Part Sécurité sociale	Optimale
Honoraires médicaux^{1, 2, 3}	Honoraires généralistes OPTAM	70 %	115 % BR
	Honoraires généralistes non OPTAM	70 %	95 % BR
	Honoraires spécialistes OPTAM/OPTAM-CO	70 %	115 % BR
	Honoraires spécialistes chirurgiens, obstétriciens et anesthésistes-réanimateurs OPTAM/OPTAM-CO	70 %	115 % BR
	Honoraires spécialistes non OPTAM/OPTAM-CO	70 %	95 % BR
	Honoraires spécialistes chirurgiens, obstétriciens et anesthésistes-réanimateurs non OPTAM/OPTAM-CO	70 %	95 % BR
	Actes techniques médicaux OPTAM/OPTAM-CO	70 %	115 % BR
	Actes techniques médicaux non OPTAM/OPTAM-CO	70 %	95 % BR
	Sages-femmes	70 %	30 % BR
Radiologie^{1, 2}	Actes d'échographie OPTAM	70 %	115 % BR
	Actes d'échographie non OPTAM	70 %	95 % BR
	Actes d'imagerie OPTAM	70 %	115 % BR
	Actes d'imagerie non OPTAM	70 %	95 % BR
Analyses et examens de laboratoire^{1, 2, 3}	Actes de laboratoires OPTAM	60 %	125 % BR
	Actes de laboratoires non OPTAM	60 %	105 % BR
Honoraires paramédicaux^{1, 3}	Auxiliaires médicaux	60 %	105 % BR
Médicaments^{3, 4}	Médicaments à SMR (service médical rendu) important dont substituts nicotiques	65 %	35 % BR
	Médicaments à SMR (service médical rendu) modéré	30 %	70 % BR
	Médicaments à SMR (service médical rendu) faible	15 %	65 % BR
	Autres médicaments sur prescription médicale non remboursés (NR) ayant fait l'objet d'une AMM ⁵	-	80 % ⁶
Matériel médical^{1, 3, 7}	Dispositifs médicaux répertoriés dans la liste des produits et prestations (Taux sur base TC TM inclus)	60 %	200 % BR
	Dispositifs médicaux non répertoriés dans la liste des produits et prestations, sur prescription (Taux sur base TC TM inclus)	65 %	200 % BR
Participation du patient	Participation forfaitaire de 24 € pour tous les actes médicaux dont le coefficient ≥ 60 (NGAP) ou montant ≥ 120 € (CCAM)	-	24 €

(1) Les taux affichés en complément de la Sécurité sociale comprennent le ticket modérateur (TM) quand il existe. (2) OPTAM (option pratique tarifaire maîtrisée applicable aux médecins spécialistes de secteur 2) ou OPTAM-CO (option pratique tarifaire maîtrisée applicable aux spécialistes en chirurgie ou en gynécologie-obstétrique). (3) Taux exprimés en pourcentage de la base de remboursement de la Sécurité sociale de Métropole. (4) Cette prise en charge s'applique aux montants facturés pour les médicaments ainsi qu'aux honoraires de dispensation y afférents. (5) À l'exception des médicaments prescrits « hors indication thérapeutique ». AMM : autorisation de mise sur le marché. (6) En pourcentage du prix payé (7) Sont exclus les matériels médicaux non pris en charge par la Sécurité sociale.

Participation de la Mutuelle dès le premier euro pour les remboursements indiqués en bleu.

Remboursements pour des prestations effectuées en Métropole et dans les DROM et COM (sauf N^{elle} Calédonie et Wallis et Futuna)

Prévention

		Part Sécurité sociale	Optimale
Prévention	Contraceptif non pris en charge par la Sécurité sociale (sur prescription médicale)	-	<i>70 €/an</i>
	Vaccin non pris en charge par la Sécurité sociale (sur prescription médicale)	-	<i>40 €¹</i>

(1) 40 € par vaccin - limité à 3 vaccins par an.

Participation de la Mutuelle dès le premier euro pour les remboursements indiqués en bleu.

Remboursements pour des prestations effectuées en Métropole et dans les DROM et COM (sauf N^{elle} Calédonie et Wallis et Futuna)

Médecines douces²⁻³

		Part Sécurité sociale	Optimale
Ostéopathie	3 séances par an pour chaque groupe de spécialités	-	<i>60 € par séance</i>
Chiropraxie		-	<i>40 € par séance</i>
Acupuncture		-	<i>30 € par séance</i>
Psychologie/ Psychothérapie		-	<i>40 € par séance</i>
Psychomotricité		-	<i>40 € par séance</i>
Séances de Diététique/ Nutrition		-	<i>30 € par séance</i>
Podologie/ Pédicure		-	<i>15 € par séance</i>

(2) Séances dispensées par un professionnel titulaire d'un numéro ADELI ou RPPS ou FINESS.

(3) Limité à un forfait annuel global toute catégorie confondue, hors Psychologie/Psychothérapie, à 140 € pour la garantie Naturelle, 170 € pour la garantie Essentielle et 230 € pour la garantie Optimale.

Participation de la Mutuelle dès le premier euro pour les remboursements indiqués en bleu italique.

L'affichage des prestations d'Unéo respecte les recommandations de bonnes pratiques édictées par l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire (UNOCAM). Les remboursements Unéo sont ainsi calculés en fonction de la **base de remboursement (BR) de la Sécurité sociale de Métropole** et certaines participations sont conditionnées au respect du parcours de soins coordonnés.

Les taux et montants Sécurité sociale affichés correspondent à une participation standard selon la BR de la Sécurité sociale.

Les remboursements sont basés sur le taux du régime général au 1^{er} janvier 2022, les dépassements d'honoraires sont accordés uniquement dans le cadre du parcours de soins. Les remboursements sont effectués dans la limite de la dépense engagée (article M. 19 du règlement mutualiste Unéo-Référence et Unéo-International). Les **participations forfaitaires** sont entendues par année civile. Les remboursements incluent le **ticket modérateur de la Sécurité sociale** lorsque celui-ci existe.

Dentaire¹		Part Sécurité sociale	Optimale
Soins et prothèses 100% Santé²	Soins et prothèses 100 % Santé	Aucun reste à charge³	
Autres soins⁴	Soins dentaires remboursés par la Sécurité sociale		
	Soins dentaires, actes de parodontologie, de prophylaxie buccodentaire et d'endodontie	70 %	30 % BR
	Inlay Onlay ⁵ avec reste à charge maîtrisé ³ ou à tarif libre	70 %	230 % BR
Autres prothèses	Prothèses remboursées par la Sécurité sociale		
	Prothèses dentaires (dont prothèses sur implant) ⁵ avec reste à charge maîtrisé ³ ou à tarif libre	70 %	400 % BR
	Inlay Core ⁵	70 %	230 % BR
	Prothèses non remboursées par la Sécurité sociale		
	Prothèses dentaires ⁵	-	250%
Implantologie	Implant non remboursé par la Sécurité sociale ⁶	-	600 € par implant
Orthodontie⁵	Orthodontie remboursée par la Sécurité sociale (traitement commencé avant 16 ans)		
	Traitement 3 ans maximum	100 %	200 % BR
	1 ^{re} année de contention	100 %	200 % BR
	2 ^e année de contention	70 %	200 % BR
	Orthodontie non remboursée par la Sécurité sociale (traitement "adulte" commencé après 16 ans) ⁷		
	Traitement de 2 ans maximum	-	400 €/an
Parodontologie	Parodontologie non remboursée par la Sécurité sociale	-	600 €/an

(1) Sont exclus les actes ne figurant pas dans la classification commune des actes médicaux (CCAM), sauf la maintenance parodontale. (2) Tels que définis réglementairement. (3) Dans la limite des honoraires limites de facturation. (4) Les taux affichés en complément de la Sécurité sociale de Métropole comprennent le TM quand il existe. (5) Taux sur base TC (tarif de convention), TM inclus. (6) Par implant racine dans la limite de 3 par an à l'exclusion du pilier implantaire et de tout autre accastillage. (7) Prise en charge des seuls traitements d'orthodontie à l'exclusion de la contention et de tout autre type de soins.

Participation de la Mutuelle dès le premier euro pour les remboursements indiqués en bleu.

Optique

		Part Sécurité sociale	Optimale
Équipements 100% Santé^{1, 3}	Monture		Aucun reste à charge²
	Verres		
	Prestations d'appairage		
	Suppléments pour verres avec filtre		
Autres verres ou montures^{2, 3, 4}	Monture	0,03 €	95 €
	Verres unifocaux simples (a1)	0,03 €	41 €
	Verres unifocaux simples (a2, a3)	0,03 €	84 €
	Verres unifocaux complexes (c1, c2, c3, c4)	0,03 €	84 €
	Verres multifocaux ou progressifs complexes (c5)	0,03 €	88 €
	Verres multifocaux ou progressifs complexes (c6, c7)	0,03 €	145 €
	Verres multifocaux ou progressifs très complexes (f1)	0,03 €	90 €
	Verres multifocaux ou progressifs très complexes (f2)	0,03 €	145 €
	Verres multifocaux ou progressifs très complexes (f3, f4)	0,03 €	145 €
	Verre neutre	-	TM
Autres suppléments et prestations	Suppléments et prestations optiques (y compris appareils pour amblyopie)	-	TM
Lentilles	Lentilles remboursées par la Sécurité sociale y compris verres de contact (TM inclus)	23,69 €/an	340 €/an
	Lentilles non remboursées par la Sécurité sociale (à l'exclusion des lentilles de couleur non correctrices)	-	300 €/an
Chirurgie réfractive	Chirurgie réfractive de l'œil ⁵	-	500 € /an/œil

(1) Tels que définis réglementairement. (2) Dans la limite des prix limites de vente. (3) Remboursement limité à un équipement (1 monture + 2 verres) par période de 2 ans sauf en cas de renouvellement anticipé prévu à l'article L. 165-1 du Code de la Sécurité sociale, notamment pour les moins de 16 ans ou en cas d'évolution de la vue. Cette période s'apprécie à compter de la date d'acquisition de l'équipement optique ou du premier élément de ce dernier. (4) Voir le tableau de correspondance dans le chapitre "garanties responsables et solidaires" du Règlement mutualiste Unéo-Référence et Unéo-International applicable à compter du 1^{er} janvier 2022. (5) Hors implant, non associée à la chirurgie à visée thérapeutique prise en charge par la Sécurité sociale (exemple : cataracte, greffe de cornée).

Participation de la Mutuelle dès le premier euro pour les remboursements indiqués en bleu.

Hospitalisation¹

		Part Sécurité sociale	Optimale
Honoraires^{2, 3, 4}	Chirurgiens OPTAM/OPTAM-CO	80 %	90 % BR
	Chirurgiens non OPTAM/OPTAM-CO	80 %	70 % BR
	Anesthésistes OPTAM	80 %	90 % BR
	Anesthésistes non OPTAM	80 %	70 % BR
	Obstétriciens OPTAM/OPTAM-CO	80 %	90 % BR
	Obstétriciens non OPTAM/OPTAM-CO	80 %	70 % BR
	Médecins (honoraires de surveillance) OPTAM	80 %	90 % BR
	Médecins (honoraires de surveillance) non OPTAM	80 %	70 % BR
	Actes techniques médicaux OPTAM/OPTAM-CO	80 %	90 % BR
	Actes techniques médicaux non OPTAM/OPTAM-CO	80 %	70 % BR
Participation du patient	Forfait 24 € pour coefficient ≥ 60 (NGAP) ou montant ≥ 120 € (CCAM)	-	24 €
Frais de séjour^{2,4}	Frais liés à l'hospitalisation (y compris la pharmacie hospitalière)	80 %	20 % BR
Forfait journalier hospitalier⁵	Forfait journalier hospitalier (FJH)	-	100 % Frais réels
Forfait patient urgences	Forfait patient urgences (FPU)	-	100 % Frais réels
Chambre particulière	Hospitalisation avec hébergement (y compris pour la rééducation)	-	60 €/jour
	Soins de suite et réadaptation ⁶	-	30 €/jour
	Hospitalisation sans hébergement ⁷	-	18 €
Frais d'accompagnant⁸	Enfant de moins de 16 ans	-	30 €/jour
	Enfant handicapé de moins de 20 ans	-	30 €/jour
Frais de télévision	Forfait par hospitalisation (par jour d'hospitalisation)	-	6 €
Autres structures hospitalières^{2,4}	Séjour en aérium, préventorium, sanatorium	80 %	20 % BR
	Maison d'enfants à caractère sanitaire spécialisée ou non	80 %	20 % BR
	Maison de repos et convalescence	80 %	20 % BR

(1) Sont exclues les hospitalisations non prises en charge par la Sécurité sociale, y compris les hospitalisations à domicile (HAD). (2) Taux exprimés en pourcentage de la base de remboursement de la Sécurité sociale de Métropole. (3) OPTAM (option pratique tarifaire maîtrisée applicable aux médecins spécialistes de secteur 2) ou OPTAM-CO (option pratique tarifaire maîtrisée applicable aux spécialistes en chirurgie ou en gynécologie-obstétrique). (4) Les taux affichés en complément de la Sécurité sociale comprennent le TM quand il existe. (5) Prise en charge de l'intégralité du forfait journalier facturé par les établissements hospitaliers de santé, sous réserve des exclusions suivantes : les établissements médico-sociaux (tels que les maisons d'accueil spécialisées (MAS), EHPAD, ESAT, centres ou instituts pour enfance handicapée ou inadaptée (CMPP, IME, IMP, IMPRO, ITEP) etc.) ainsi que les établissements de long séjour (tels que maisons de retraite), ne donnant pas lieu à un forfait journalier. (6) Exclusion de la prise en charge de la chambre particulière en maison d'enfants à caractère sanitaire (MECS). (7) Hospitalisation sans hébergement pour la chirurgie et/ou l'anesthésie ambulatoire. (8) Frais de repas et d'hébergement uniquement (frais de transport exclus).

Participation de la Mutuelle dès le premier euro pour les remboursements indiqués en bleu.

Remboursements pour des prestations effectuées en Métropole et dans les DROM et COM (sauf N^{elle} Calédonie et Wallis et Futuna)

Aides auditives

		Part Sécurité sociale	Optimale
Équipements 100% Santé ^{1, 2}	Aides auditives (jusqu'à 19 ans inclus)		Aucun reste à charge ³
	Aides auditives (20 ans et plus)		
Autres aides prises en charge par la Sécurité sociale ^{1, 2}	Aides auditives (jusqu'à 19 ans inclus ou assurés atteints de cécité)	840 €	800 €
	Aides auditives (20 ans et plus)	240 €	800 €
Fournitures et accessoires pour les aides auditives ⁴		60 %	40 %

(1) Prise en charge limitée à une aide auditive par oreille par période de 4 ans. L'adaptation de l'aide auditive est réalisée par l'audioprothésiste pendant 4 ans, à raison d'au moins une séance tous les 6 mois au-delà de la première année. Lors de ces séances, l'audioprothésiste vérifie l'efficacité de l'aide auditive, effectue les réglages et l'entretien nécessaires. (2) Tels que définis réglementairement, dans la limite d'un plafond de remboursement (RO + RC) : 1700 €. (3) Dans la limite des prix limites de vente. (4) Taux exprimés en pourcentage de la base de remboursement de la Sécurité sociale de Métropole.

Remboursements pour des prestations effectuées en Métropole et dans les DROM et COM (sauf N^{elle} Calédonie et Wallis et Futuna)

Transports

		Part Sécurité sociale	Optimale
Pris en charge par la Sécurité sociale ⁵	Acte médical prescrit	65%	35 % BR
Non pris en charge par la Sécurité sociale	Acte médical prescrit mais non remboursé par la Sécurité sociale	-	50 % du prix payé limité à 200 €/an

(5) Les taux affichés en complément de la Sécurité sociale de Métropole comprennent le TM quand il existe.

Participation de la Mutuelle dès le premier euro pour les remboursements indiqués en bleu.

Remboursements pour des prestations effectuées en Métropole et dans les DROM et COM (sauf N^{elle} Calédonie et Wallis et Futuna)

Cures thermales⁶

		Part Sécurité sociale	Optimale
Honoraires ⁷	Surveillance médicale (soins)	70%	30 % BR
	Hydrothérapie	65%	35 % BR
	Hospitalisation	80%	20 % BR
Transports et hébergement ^{7, 8}	Sous condition de ressources	65%	35 % BR
Transport et hébergement Forfait annuel ⁸	Sans condition de ressources	-	250 €/an

(6) Sont exclues les cures thermales non prises en charge par la Sécurité sociale. (7) Les taux affichés en complément de la Sécurité sociale de Métropole comprennent le TM quand il existe. (8) Les frais de transport sont remboursés sur la base de 0,32 €/km pour un déplacement en voiture particulière. Les frais de péage et de parking ne sont pas pris en compte dans les frais de transport. Sont exclus les frais de repas pris à l'extérieur de l'établissement thermal. Le forfait annuel intervient en complément de toute participation éventuelle de la Sécurité sociale, dans la limite de la dépense engagée.

Participation de la Mutuelle dès le premier euro pour les remboursements indiqués en bleu.

EXEMPLES DE REMBOURSEMENTS⁽¹⁾ DE FRAIS DE SANTÉ

Optimale

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 €	0 €	20 € (15 €)	0 €
Chambre particulière (sur demande du patient)	NC	Non remboursé	Non remboursé	60 €	Selon les frais engagés

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 €	0 €
Frais de séjour en secteur privé	Tarif moyen de 745,54 €	745,54 €	721,54 €	24 €	0 €
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 355 €	271,70 €	271,70 €	83,30 €	0 €
Honoraires médecins secteur 2 (non adhérents OPTAM ou OPTAM-CO)	Honoraires libres	BR	100 % BR	Dépassement si prévu au contrat (avec un plafond à 100 % BR)	Selon contrat
Opération en secteur privé : honoraires chirurgien	Tarif moyen de 447 €	271,70 €	271,70 €	135,85 €	39,45 €

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 €
Frais de séjour en secteur public	Tarif moyen de 3 270,12 €	3 270,12 €	2 616,10 €	654,02 €	0 €

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
SOINS COURANTS					
Honoraires médecins secteur 1 (généralistes ou spécialistes)	Tarif de convention	BR	70 % BR – 1 €	30 % BR	1 € de participation forfaitaire
Exemple : consultation médecin traitant généraliste pour un patient de plus de 18 ans	25 €	25 €	16,50 €	7,50 €	1 € de participation forfaitaire
Exemple : consultation pédiatre pour enfant de moins de 6 ans	32 €	32 €	22,40 €	9,60 €	0 €
Exemple : consultation médecin spécialiste pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie, ophtalmologie, dermatologie, etc.)	30 €	30 €	20 €	9 €	1 € de participation forfaitaire
Honoraires médecins adhérents OPTAM ou OPTAM-CO	Dépassements maîtrisés	BR	70 % BR – 1 €	30 % BR + dépassement si prévu au contrat AMC	1 € de participation forfaitaire plus dépassement selon contrat
Exemple : consultation pédiatre pour enfant de moins de 6 ans	32 €	32 €	22,40 €	9,60 €	0 €
Exemple : consultation médecin spécialiste pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie, ophtalmologie, dermatologie, etc.)	44 €	30 €	20 €	23 €	1 €
Honoraires médecins secteur 2 (non adhérents OPTAM ou OPTAM-CO)	Honoraires libres	BR	70 % BR – 1 €	30 % BR + dépassement si prévu au contrat (avec un plafond à 100% BR)	1 € de participation forfaitaire, plus dépassement selon contrat
Exemple : consultation pédiatre pour enfant de 2 à 16 ans	55 €	23 €	16,10 €	21,85 €	17,05 €
Exemple : consultation médecin spécialiste pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie, ophtalmologie, dermatologie, etc.)	57 €	23 €	15,10 €	21,85 €	20,05 €
Matériel médical	Tarif de convention	BR	60 % BR	40 % BR + dépassement si prévu au contrat	Selon contrat
Exemple : achat d'une paire de béquilles	25,80 €	24,40 €	14,64 €	11,16 €	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. 5) il convient de se référer pour les verres simples à ceux ayant le code LPP 2208756, ce qui correspond dans le règlement mutualiste "Unéo référence" à la référence a2. 6) il convient de se référer pour les verres progressifs à ceux ayant le code LPP 2203948, ce qui correspond dans le règlement mutualiste à la référence c6.

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/>).

Optimale (suite)

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
DENTAIRE					
Soins et prothèses 100 % santé	Prix moyen national	BR	70 % BR	30 % BR + dépassement dans la limite du plafond des honoraires	0 €
Exemple : pose d'une couronne céramo-métallique sur incisives, canines et premières prémolaires	500 €	120 €	84 €	416 €	0 €
Soins (hors 100 % santé)	Tarif de convention	BR	70 % BR	30 % BR + dépassement si prévu au contrat	Selon contrat
Exemple : détartrage	43,38 €	43,38 €	30,36 €	13,02 €	0 €
Prothèses (hors 100 % santé)	Prix moyen national	BR	70 % BR	30 % BR + dépassement si prévu au contrat	Selon contrat
Exemple : pose d'une couronne céramo-métallique sur molaires	537,48 €	120 €	84 €	453,48 €	0 €
Orthodontie (moins de 16 ans)	Prix moyen national	BR	100 % BR	Dépassement si prévu au contrat	Selon contrat
Exemple : traitement par semestre (6 semestres max.)	720 €	193,50 €	193,50 €	387 €	139,50 €
OPTIQUE					
Équipement 100 % santé	Prix moyen national	BR	60 % BR	40 % BR + dépassement dans la limite des PLV (4)	0 €
Exemple : verres simples et monture	41 € (par verre) + 30 € (monture)	12,75 € par verre + 9 €	7,65 € par verre + 5,40 €	33,35 € par verre + 24,60 €	0 €
Exemple : verres progressifs et monture	90 € (par verre) + 30 € (monture)	27 € par verre + 9 €	16,20 € par verre + 5,40 €	73,80 € par verre + 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
Exemple : verres simples et monture ⁽⁵⁾	100 € (par verre) + 139 € (monture)	0,05 € par verre + 0,05 €	0,03 € par verre + 0,03 €	263 €	75,91 €
Exemple : verres progressifs et monture ⁽⁶⁾	231 € (par verre) + 139 € (monture)	0,05 € par verre + 0,05 €	0,03 € par verre + 0,03 €	385 €	215,91 €
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)	300 €	Selon les frais engagés
Chirurgie réfractive	Prix moyen national	Non remboursé	Non remboursé	Prise en charge si prévu au contrat	Selon contrat
Exemple : opération correctrice de la myopie	NC	Non remboursé	Non remboursé	1 000 €	Selon les frais engagés

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
--	---	--	---	--	----------------

AIDES AUDITIVES

Équipement 100 % santé	Prix moyen national	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	1 476 €	400 €	240 €	800 €	436 €

AUTRES EXEMPLES

Soins courants	Prix moyen national	BR	60% BR	40 % BR + dépassement si prévu au contrat, dans la limite des plafonds réglementaires	Selon contrat
Kinésithérapeute avec dépassement d'honoraires	32 €	22,26 €	12,86 €	18,64 €	0,50 €
Médecines douces	Prix moyen national	BR	Non remboursé	Prise en charge si prévu au contrat	Selon contrat
Ostéopathe	60 €	0 €	0 €	60 €	0 €
Chiropracteur	52,50 €	0 €	0 €	40 €	12,50 €
Acupuncteur	55 €	0 €	0 €	30 €	25 €
Dietéticien	30 €	0 €	0 €	30 €	0 €
Podologue	30 €	0 €	0 €	15 €	15 €
Matériel médical	Prix moyen national	BR	Prise en charge SS	40 % BR + dépassement si prévu au contrat	Selon contrat
Semelle orthopédique pointure >37 (deux semelles)	237,50 €	28,86 €	17,32 €	57,72 €	162,46 €

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. 5) il convient de se référer pour les verres simples à ceux ayant le code LPP 2208756, ce qui correspond dans le règlement mutualiste "Unéo référence" à la référence a2. 6) il convient de se référer pour les verres progressifs à ceux ayant le code LPP 2203948, ce qui correspond dans le règlement mutualiste à la référence c6.

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/>).