



# GARANTIE DIAMANT 2025



## NOUS CONTACTER

Vous pouvez nous contacter aux coordonnées suivantes :

- Par téléphone (du lundi au vendredi, de 9h00 à 17h30) : 05 67 69 66 00 (appel non surtaxé)
- Par email : [developpement@mutaero.net](mailto:developpement@mutaero.net)
- Par courrier :

Mutaero  
34, boulevard Riquet - CS 21504  
31015 Toulouse cedex 6

*Une offre santé complète pour une vie en toute sérénité*

Les garanties sont exprimées en pourcentage de la base de remboursement de l'assurance maladie obligatoire (BR) ou en euros. Les remboursements et forfaits concernent chaque bénéficiaire. Tous les forfaits, limites et plafonds s'entendent par année civile.

Les remboursements incluent la part de remboursement de l'Assurance Maladie Obligatoire et interviennent dans le cadre du parcours de soins coordonnés, dans la limite des frais réels, en complément de ceux du régime général de la Sécurité Sociale et de tout autre organisme. Ne seront remboursés que les dépassements d'honoraires considérés comme autorisés par la Sécurité Sociale. Les taux du régime obligatoire et le total sont donnés à titre indicatif dans le cadre du respect du parcours de soins coordonnés.

Cette garantie est **conforme à la législation en vigueur sur les contrats responsables**.

**BR** : Base de Remboursement <> **FR** : Frais Réels <> **SS** : Sécurité Sociale <> **NR** : Non Remboursé.

Les médecins signataires des DPTAM « Dispositifs de Pratique Tarifaire Maîtrisée » (**OPTAM / OPTAM-CO**) s'engagent à limiter le montant de leurs dépassements d'honoraires.

## NATURE DES SOINS

## REMBOURSEMENT

Sécurité Sociale

Sécurité Sociale +  
Mutaero

### HOSPITALISATION MÉDICALE - CHIRURGICALE - MATERNITÉ

#### FORFAIT JOURNALIER HOSPITALIER

Forfait journalier illimité sauf établissements médico - sociaux (type MAS, EHPAD...)	NR	Frais réels
---------------------------------------------------------------------------------------	----	-------------

#### HONORAIRES

Honoraires médecins adhérents à l'OPTAM / OPTAM-CO	80 - 100% BR	230% BR
Honoraires médecins non adhérents à l'OPTAM / OPTAM-CO	80 - 100% BR	160% BR

#### CHAMBRE PARTICULIERE

Chambre particulière (limitée à 90 jours / an) (par jour) (1)	NR	75€
Chambre en ambulatoire (limitée à 30 jours /an) (par jour) (1)	NR	35€
Lit accompagnant enfant de moins de 16 ans (limitée à 90 jours/an) (par jour)	NR	35€

#### AUTRES

Frais de séjour - établissement conventionné	80 - 100% BR	Frais réels
Frais de séjour - établissement non conventionné	80% BR	150% BR
Transport	55 - 100% BR	100% BR

### DENTAIRE (devis préalable obligatoire)

Sous réserve de prise en charge accordée par le réseau partenaire Viamédis

**Prothèse : devis obligatoire pour toute prestation effectuée par un professionnel de santé hors réseau Viamédis**

Taux de remboursement exprimés en % identiques pour les actes du panier maîtrisé et du panier libre.

#### ÉQUIPEMENT 100% SANTÉ - SOINS ET PROTHESES (2)

100% des frais réels

#### SOINS HORS 100% SANTÉ

Soins dentaires (AXI, END,SDE, ADC)	60% BR	100% BR
Inlay / Onlay	60% BR	170% BR

**PROTHESES HORS 100% SANTÉ** (Plafond de remboursement annuel en tarif libre : 1ère année : 1 000€ - 2ème année : 1 400€). Remboursement du ticket modérateur (TM) une fois le plafond dépassé.

Prothèses dentaires sur dents visibles, prises en charge par la Sécurité Sociale	60% BR	325% BR
Prothèses dentaires sur dents non visibles, prises en charge par la Sécurité Sociale	60% BR	260% BR
Prothèses dentaires non prises en charge par la Sécurité Sociale : forfait annuel	NR	240€
Prothèses provisoires amovibles - limité à 5 actes / an	NR	30€ / acte
Inlay - Core (ICO) remboursé par la Sécurité Sociale	60% BR	175€

#### AUTRES ACTES HORS 100% SANTÉ

Orthodontie prise en charge par la Sécurité Sociale - par semestre	60% - 100% BR	100% BR + 480€
Orthodontie non prise en charge par la Sécurité Sociale - forfait annuel (3)	NR	405€
Implantologie - forfait annuel (3)	NR	
Traitement de la maladie parodontale: surfaçage ou débridement - forfait annuel	NR	100€

## MÉDECINE COURANTE

### HONORAIRES PARAMÉDICAUX

Honoraires auxiliaires médicaux	60 - 70% BR	100% BR
---------------------------------	-------------	---------

### HONORAIRES MÉDICAUX

Honoraires médicaux OPTAM/OPTAM-CO dont actes de chirurgie ou techniques, imagerie médicale	60 - 70% BR	220% BR
Honoraires médicaux non OPTAM/OPTAM-CO dont actes de chirurgie ou techniques, imagerie médicale	60 - 70% BR	160% BR

### ANALYSES ET EXAMENS DE LABORATOIRE

Analyses non prises en charge par la Sécurité Sociale (forfait annuel)	NR	75€
Analyses et examens de laboratoire	60% BR	175% BR

### MÉDICAMENTS - AUTRES

Médicaments (vignettes 30% / 65%)	30 - 65% BR	100% BR
Médicaments (vignettes 15%)	15% BR	25% BR
Orthopédie, petits et grands appareillages, prothèses capillaires et mammaires	60% BR	100%BR+190€/an
Séances de psychologie dans le cadre du dispositif Mon Soutien Psy	Selon les modalités réglementaires	
Lecteur de glycémie, bandelettes - forfait annuel	NR	50€

## OPTIQUE (devis préalable obligatoire)

Forfait limité à une paire de lunettes (1 monture + 2 verres, de classe A, B ou mixte) tous les deux ans par bénéficiaire (sauf pour les -16 ans et changement de dioptrie justifiée avec une paire maximum par an) apprécié à la date du premier achat optique (événement de Sécurité Sociale faisant foi)

<b>ÉQUIPEMENT 100% SANTÉ</b> - Verres et montures de classe A, suppléments et options (2)	<b>100% des frais réels</b>
-------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------

### MONTURE "Classe B" HORS 100% SANTÉ

Monture	60% BR	95€
---------	--------	-----

### VERRES "Classe B" HORS 100% SANTÉ

Verre simple (4) (par verre)	60% BR	95€
Verre complexe (5) (par verre)	60% BR	135€
Verre très complexe (6) (par verre)	60% BR	185€

### LENTILLES

Lentilles acceptées ou refusées par la Sécurité Sociale- forfait annuel	60%BR - NR	200€
-------------------------------------------------------------------------	------------	------

### CHIRURGIE

Chirurgie oculaire (par oeil)	NR	325€
-------------------------------	----	------

Classe MIXTE : Possibilité de panacher les équipements de la classe A avec ceux de la classe B

### AVANTAGES DU RÉSEAU DE SOINS KALIXIA

Verre de classe B	jusqu'à - 40 %
Lentilles	jusqu'à - 30 %
Monture	jusqu'à - 20 %

## AIDES AUDITIVES (devis préalable obligatoire)

Prise en charge une fois tous les 4 ans, à compter de la date de la dernière facturation de l'appareil ayant fait l'objet d'une prise en charge par la Sécurité Sociale

<b>ÉQUIPEMENT 100% SANTÉ</b> - aides auditives de classe I (2)	<b>100% des frais réels</b>
----------------------------------------------------------------	-----------------------------

Aides auditives offre libre Classe II (par oreille) <b>HORS 100% SANTÉ</b>	60% BR	100% BR + 325€
Accessoires (piles, embout...) pris en charge par la Sécurité Sociale	60% BR	100% BR

### AVANTAGES DU RÉSEAU DE SOINS KALIXIA

Double appareillage de classe 2	- 500 € en moyenne
Prestations accessibles aux ascendants directs des adhérents	Oui

## AUTRES PRESTATIONS

Médecines douces (7) (acupuncture, mésothérapie, chiropractie, ostéopathie, psychothérapie, psychomotricité, diététique, méthode Mézières)	NR	30€ par séance (4 /an maximum)
Pédicurie - Podologie - forfait annuel	NR	50€
Cure thermale acceptée par la Sécurité Sociale - forfait annuel	65% BR	100% BR + 200€
Accessoires cure non remboursés Sécurité Sociale - forfait annuel	NR	50€
Allocation pour frais liés à une naissance ou adoption (après inscription de l'enfant)	NR	175€

## PRÉVENTION

Ostéodensitométrie non remboursée	NR	50€ / an
Vaccins non remboursés dans la limite de 100€ par an	NR	50% des frais réels
Pack prévention(7) (ergothérapie, dépistage troubles de l'audition ou du langage par orthophoniste, test hémocult)	NR	150€ / an
Vie sans tabac (substituts nicotiniques prescrits dès le 2ème mois de traitement)	NR	70€ / an
Examens bucco-dentaires de prévention pour les adhérents de 3 à 24 ans	60% BR	100% BR

<b>Forfait annuel, par bénéficiaire, en cas d'accident de circulation avec un tiers responsable identifié et assuré, pour des prestations entrant exclusivement dans le champ du recours contre tiers</b>	200€
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------

(1) la prise en charge de la chambre particulière est limitée à 45 jours en psychiatrie, long séjour, maison de repos ou convalescence, centre de rééducation, diététique. Le jour de sortie n'est pas pris en charge.;

(2) tels que définis réglementairement ;

(3) Forfait global unique pour l'ensemble des prestations orthodontie non remboursable et implants dentaires. Tous les forfaits, limites et plafonds s'entendent par année civile.

**(4) Verres simples :** Verres unifocaux sphériques dont la sphère est comprise entre - 6,00 et + 6,00 dioptries / Verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre - 6,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries / Verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S (sphère + cylindre) est inférieure ou égale à 6,00 dioptries

**(5) Verres complexes :** Verres unifocaux sphériques dont la sphère est hors zone de - 6,00 à + 6,00 dioptries / Verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre - 6,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries / Verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est inférieure à - 6,00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 dioptrie / Verre unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 6,00 dioptries / Verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est comprise entre - 4,00 et + 4,00 dioptries / Verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre - 8,00 et 0,00 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries / Verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est inférieure ou égale à 8,00 dioptries

**(6) Verres très complexes :** Verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est hors zone de - 4,00 à + 4,00 dioptries / Verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre - 8,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries / Verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est inférieure à - 8,00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 dioptrie / Verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 8,00 dioptries.

(7) seules les prestations énumérées sont prises en charge, sous réserve de présentation d'une facture du praticien mentionnant sa qualification  
Médecines douces : Pour toute demande de prise en charge par Mutaero, vous devez présenter une facture datée, signée, acquittée avec le tampon du praticien.

## VOS SERVICES COMPLÉMENTAIRES

Nous incluons dans toutes nos garanties complémentaires santé, en plus des remboursements de soins, une multitude de services qui complètent idéalement la garantie santé ! **Découvrez plus en détail les services offerts par Mutaero sur [www.mutaero.net](http://www.mutaero.net)**

<b>Une assistance complète 24h24, 7j/7</b>	<b>Le réseau de soins kalixia pour réduire votre reste à charge</b>	<b>Contrôle des prestations dentaires pour limiter le reste à charge</b>	<b>Un espace adhérent Une application mobile</b>
<b>Des ateliers prévention</b>	<b>Une action sociale</b>	<b>Le tiers payant généralisé Viamedis</b>	<b>La téléconsultation médicale</b>



Ce document d'information présente un résumé des principales garanties et exclusions du produit. Il ne prend pas en compte vos besoins et demandes spécifiques. Vous trouverez l'information complète sur ce produit dans la documentation précontractuelle et contractuelle. En particulier, les niveaux de remboursement seront détaillés dans le tableau de garanties.

### De quel type d'assurance s'agit-il ?

Cette Complémentaire Santé est destinée à rembourser tout ou partie des frais de santé restant à la charge de l'adhérent et des éventuels ayants-droit en cas d'accident, de maladie ou de maternité, en complément de la Sécurité sociale française. Le produit respecte les conditions légales des contrats responsables.



### Qu'est ce qui est assuré ?

#### LES GARANTIES SYSTÉMATIQUEMENT PRÉVUES

Les montants des prestations sont soumis à des plafonds qui varient en fonction du niveau de garantie choisi et figurent dans le tableau de garanties. Dans tous les cas, les remboursements ne peuvent être plus élevés que les dépenses engagées et une somme peut éventuellement rester à votre charge.

✓ **Hospitalisation médicale - chirurgicale - maternité** frais de séjour, honoraires médecins, transport, forfait journalier, chambre particulière, chambre en ambulatoire, lit d'accompagnement

✓ **Médecine courante** : honoraires médicaux, honoraires paramédicaux, analyses et examens de laboratoire, radiologie, analyses non remboursées, médicaments (15%, 30%, 65%), matériel médical (Orthopédie, petits et grands appareillages, prothèses capillaires et mammaires), Psychologie (dispositif «mon psy»)

✓ **Optique (100% santé «classe A», classe B et classe mixte)** : verres (simples, complexes, très complexes), monture, lentilles (acceptées ou refusées) et kératotomie

✓ **Dentaire (100% santé, paniers maîtrisé ou libre)** : soins dentaires, inlay-onlay, prothèses dentaires, inlay-core, orthodontie (acceptée et refusée), parodontologie, implantologie.

✓ **Aides auditives (100% santé «classe I» et Hors 100% santé «classe II»)** : prothèses auditives, accessoires

✓ **Autres prestations** : médecines douces, pédicurie-podologie, cure thermique, accessoires cure, allocation naissance ou adoption

✓ **Prévention** : ostéodensitométrie non remboursée, vaccins non remboursés, pack prévention, vie sans tabac

✓ **Services inclus** : assistance, réseau de soins kalixia, espace adhérent, ateliers prévention, fonds social, téléconsultation médicale, Tiers payant Viamedis



### Qu'est ce qui n'est pas assuré ?

#### Les frais de soins :

X - engagés en dehors de la période de validité du contrat  
X - engagés hors de France (sauf si la Sécurité Sociale de l'adhérent les prend en charge)

X - non indiqués expressément au descriptif de la garantie

X - au titre de la législation sur les pensions militaires,

X **Toute action dérivant de l'adhésion au règlement mutualiste** sont prescrites pour deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

X Chirurgie esthétique non prise en charge par la Sécurité Sociale

X Transport et hébergement liés aux cures thermales

X Les frais au titre de l'hospitalisation facturés par les maisons d'accueil spécialisées (MAS), les établissements d'hébergement pour personnes dépendantes (EHPAD)...



### Y-a-t-il des exclusions à la couverture ?

#### Exclusions liées aux contrats responsables :

! Participation forfaitaire de 2€ pour consultation et actes médicaux

! La majoration de la participation de l'assuré en cas de recours direct à un médecin autre que le médecin traitant

! Les dépassements d'honoraires sur les tarifs des actes et consultations en cas de recours à un médecin spécialisé sans prescription préalable du médecin traitant

! Le ticket modérateur en cas de refus d'accès au professionnel du dossier médical personnel

! Le ticket modérateur en cas de non présentation du protocole de soins dans les affections de longue durée

#### Autres exclusions

! Chambre particulière limitée à 90 jours et à 45 jours en psychiatrie, long séjour, maison de repos ou de convalescence, centre de rééducation, diététique. Le jour de sortie n'est pas pris en charge

! Chambre particulière en ambulatoire limitée à 30 jours

! Optique : prise en charge limitée à un équipement par période de 2 ans, réduite à 1 an pour un mineur ou en cas d'évolution de la vue

! Dentaire : plafond les 2 premières années (panier libre); inlay-core limité à 175€ par acte ; forfait global unique de 505€ pour les implants et orthodontie non remboursée ; prothèse provisoire limitée à 5 par an

! Les maladies, infirmités et blessures résultant d'une faute intentionnelle de l'assuré ou de l'un de ses ayants droit.

! Médecine douce : limitée à 4 séances par an

! Audiologie : Prise en charge une fois tous les quatre ans



## Où suis-je couvert(e) ?

✓ Mutaero intervient pour des frais médicaux engagés en France métropolitaine et dans les DOM.

✓ Les frais engagés hors de France, sont pris en charge sous réserve que l'assuré relève d'un régime d'assurance maladie obligatoire français et que la Sécurité Sociale intervienne. Le remboursement Mutaero viendra alors en complément de celui du régime obligatoire français.



## Quelles sont mes obligations ?

- Répondre avec exactitude aux renseignements demandés dans les documents de souscription,
- Fournir les justificatifs demandés pour tous les bénéficiaires du contrat,
- Être à jour des cotisations pour percevoir les prestations.
- Fournir tous documents justificatifs nécessaires au paiement des prestations prévues au contrat,
- Déclarer dès que possible les modifications à prendre en compte concernant le ou les bénéficiaire(s) : changement de régime, changement de domicile, changement de coordonnées bancaires, modification de votre composition familiale (naissance, concubinage, PACS, mariage, divorce, décès), changement de profession (perte d'emploi, départ en retraite)



## Quand et comment effectuer les paiements ?

- Les paiements peuvent être réalisés mensuellement, trimestriellement, semestriellement ou encore annuellement.
- Les adhérents peuvent payer leurs cotisations par chèque, prélèvement bancaire sur compte courant et virement bancaire. Tout autre moyen de paiement est exclu.



## Quand commence la couverture et quand prend-elle fin ?

- La couverture santé débute à la date d'effet du contrat indiquée sur le bulletin d'adhésion.
- L'adhésion est renouvelée par tacite reconduction d'année en année sauf dénonciation par l'une des parties.



## Comment puis-je résilier le contrat ?

### Résiliation Loi Chatel :

L'adhérent dispose d'un délai de 20 jours à compter de l'envoi de l'appel annuel de cotisations pour mettre fin à son adhésion, par lettre recommandée avec accusé de réception.

### Résiliation infra-annuelle

La résiliation peut être donnée par le souscripteur, par lettre ou tout autre support durable et prend effet le mois qui suit la demande. L'adhérent souscripteur peut résilier à tout moment après la date du premier anniversaire du contrat complémentaire santé.

# GARANTIE «DIAMANT» 2025 : EXEMPLES DE REMBOURSEMENT <sup>1)</sup>



Contrat d'assurance santé responsable <sup>2)</sup>	Tarif le plus souvent facturé ou tarif réglementé	Base de remboursement de la Sécurité sociale (BR) <sup>3)</sup>	Remboursement assurance maladie obligatoire (AMO)	Remboursement assurance maladie complémentaire (AMC)	Reste à charge
<b>HOSPITALISATION</b>					
Forfait journalier hospitalier (hébergement)	20€ (15€ en psychiatrie)	0€	0€	20€ (15€)	0€
Chambre particulière (sur demande du patient)	60€	Non remboursé (NR)	Non remboursé (NR)	60€	0€
<b>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.</b>					
<b>Exemple d'une opération chirurgicale de la cataracte, en secteur privé :</b>					
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	Dépassement si prévu 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 €	162,30€	38,28€
<b>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.</b>					
<b>Exemple d'un suivi d'une pneumonie ou pleurésie pour un patient de plus de 17 ans, en hôpital public :</b>					
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€
<b>OPTIQUE</b>					
Équipement 100 % santé	Prix limite de vente (PLV)	BR	60% BR	40% BR + dépassement (dans la limite des PLV <sup>4)</sup>	0€
Ex : verres simples et monture	42.50€ (par verre) + 30€ (monture)	12,75 € par verre + 9 €	7,65 € par verre + 5,40 €	34,85 € par verre + 24,60 €	0€
Ex : 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
Ex : verres simples et monture	110€ (par verre) + 146€ (monture)	0,05 € par verre + 0,05 €	0,03 € par verre + 0,03 €	94,97 € par verre + 94,97 € (monture)	81€
Ex : verres progressifs et monture	243€ (par verre) + 146€ (monture)	0,05 € par verre + 0,05 €	0,03 € par verre + 0,03 €	134,97 € par verre + 94,97 € (monture)	267€
Lentilles	Prix moyen national	Pas de prise en charge (cas général)	Pas de prise en charge (cas général)	Prise en charge si prévu au contrat	selon contrat
Forfait annuel (par oeil)	200€	Non remboursé (cas général)	Non remboursé (cas général)	200€	0€
Chirurgie réfractive	Prix moyen national	Non remboursé	Non remboursé	Prise en charge si prévu au contrat	selon contrat
Ex : opération correctrice de la myopie (par oeil)	2 000€	Non remboursé	Non remboursé	325€	1 675€

**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/>)

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
<b>DENTAIRE</b>					
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	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 céramométallique sur molaires (dents non visibles)	557€	120 €	72 €	240€	245€
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.)	707€	193,50€	193,50€	480€	33,50€
<b>AIDES AUDITIVES</b>					
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	1582€	400€	240€	485€	857€
<b>SOINS COURANTS</b>					
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...)	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 moins de 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...)	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€	20,70€	25,20€
Ex : consultation médecin spécialiste pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie, obstétrique, ophtalmologie, dermatologie...)	67€	23€	14,10€	20,70€	32,20€ dont 2€ de participation forfaitaire
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€

Exemples non contractuels