

EXEMPLES STANDARDISÉS DE REMBOURSEMENT AU 01/01/2026

GARANTIE :

VIACOLL SANTÉ ENTREPRISE 11



TARIF LE PLUS SOUVENT
FACTURE, OU TARIF RÉGLEMENTÉ

BASE DE REMBOURSEMENT
DE LA SÉCURITÉ SOCIALE (BR)¹

REMBOURSEMENT
ASSURANCE MALADIE
OBLIGATOIRE (AMO)

REMBOURSEMENT
VIASANTÉ MUTUELLE

RESTE À CHARGE

HOSPITALISATION

CONTRAT D'ASSURANCE SANTÉ RESPONSABLE²

**FORFAIT JOURNALIER
HOSPITALIER (hébergement)**

20 €
(15 € en service
psychiatrique)

0 €

0 €

20 €
(15 € en service
psychiatrique)

0 €

**CHAMBRE PARTICULIÈRE
(sur demande du patient)**

Non connu (NC)

Non
remboursé

Non
remboursé

0 €

Selon les frais
engagés

SÉJOURS AVEC ACTES LOURDS³ :
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 maîtrisés	BR	100 % BR	Dépassement si prévu au contrat	Selon contrat
Opération en secteur privé : honoraires chirurgien	Tarif moyen de 443 €	271,70 €	271,70 €	0 €	171,30 €
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 €	0 €	214,30 €

SÉJOURS SANS ACTES LOURDS³ :
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 €	3 003,20 €	750,80 €	0 €



SOINS COURANTS

CONTRAT D'ASSURANCE SANTÉ RESPONSABLE²

HONORAIRES MÉDECINS SECTEUR 1 (généralistes ou spécialistes)	Tarif de convention	BR	70 % BR - 2 €	30 % BR	2 € de participation forfaitaire
CONSULTATION MÉDECIN TRAITANT GÉNÉRALISTE POUR UN PATIENT DE PLUS DE 18 ANS	30 €	30 €	19 €	9 €	2 €
CONSULTATION PÉDIATRE POUR UN ENFANT DE 2 À 6 ANS	35 €	35 €	24,50 €	10,50 €	0 €
CONSULTATION MÉDECIN SPÉCIALISTE POUR UN PATIENT DE PLUS DE 18 ANS (gynécologie médicale)	40 €	40 €	26 €	12 €	2 €



VIASANTÉ Mutuelle : Mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du Code de la Mutualité immatriculée sous le n° SIREN 777 927 120.
Membre d'AG2R LA MONDIALE - Siège social : VIASANTÉ Mutuelle 14-16, boulevard Malesherbes - 75008 PARIS.
AGI - 20251204 V02 - 20260709

VIASANTÉ
mutuelle
GROUPE AG2R LA MONDIALE

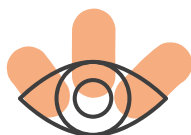
	TARIF LE PLUS SOUVENT FACTURÉ, OU TARIF RÉGLEMENTÉ		BASE DE REMBOURSEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE (BR)		REBOURSEMENT ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE (AMO)		REBOURSEMENT VIASANTE MUTUELLE		RESTE À CHARGE
HONORAIRES MÉDECINS ADHÉRENTS OPTAM OU OPTAM-ACO	Dépassements maîtrisés	BR	70 % BR - 2 €	30 % BR + dépassement si prévu au contrat	2 € de participation forfaitaire plus dépas- sement selon contrat				
CONSULTATION PÉDIATRE POUR UN ENFANT DE 2 À 6 ANS	50 €	35 €	24,50 €	10,50 €	15 €				
CONSULTATION MÉDECIN SPÉCIALISTE POUR UN PATIENT DE PLUS DE 18 ANS (gynécologie médicale)	53 €	40 €	26 €	12 €	15 €				
HONORAIRES MÉDECINS SECTEUR 2 (non adhérents OPTAM ou OPTAM-ACO)	Honoraires libres	BR	70% BR - 2 €	30 % BR + dépassement si prévu au contrat (rembour- sement des dépassements plafonné à 100% BR)	2 € de participation for- faitaire, plus dépas- sement selon contrat				
CONSULTATION PÉDIATRE POUR UN ENFANT DE 2 À 16 ANS	62 €	23 €	16,10 €	6,90 €	39 €				
CONSULTATION MÉDECIN SPÉCIALISTE POUR UN PATIENT DE PLUS DE 18 ANS (gynécologie médicale)	66 €	23 €	14,10 €	6,90 €	45 €				
MATÉRIEL MÉDICAL	Tarif moyen facturé	BR	60% BR	40 % BR + dépassement si prévu au contrat	Selon contrat				
ACHAT D'UNE PAIRE DE BÉQUILLES	26,71 €	24,40 €	14,64 €	9,76 €	2,31 €				



DENTAIRE

CONTRAT D'ASSURANCE SANTÉ RESPONSABLE²

SOINS ET PROTHÈSES 100% SANTÉ	Honoraire limite de facturation (HLF)	BR	60% BR	40% BR + dépassement dans la limite du plafond des honoraires	0 €
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
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
COURONNE CÉRAMO-MÉTALLIQUE SUR MOLAIRES	561,99 €	120 €	72 €	78 €	411,99 €
ORTHODONTIE (moins de 16 ans)	Prix moyen national	BR	100 % BR	Dépassement si prévu au contrat	Selon contrat
TRAITEMENT PAR SEMESTRE (6 max)	714,10 €	193,50 €	193,50 €	48,38 €	472,23 €



OPTIQUE

CONTRAT D'ASSURANCE SANTÉ RESPONSABLE²

ÉQUIPEMENT 100% SANTÉ		Prix limite de vente (PLV)	BR	60 % BR	40 % BR + dépassement dans la limite des PLV ⁴	0 €
VERRES SIMPLES ET MONTURE	PAR VERRE	42,50 €	12,75 €	7,65 €	94,30 € l'équipement global (2 verres + monture)	0 € l'équipement global (2 verres + monture)
	MONTURE	30 €	9 €	5,40 €		
VERRES PROGRESSIFS ET MONTURE	PAR VERRE	90 €	27 €	16,20 €	172,20 € l'équipement global (2 verres + monture)	0 € l'équipement global (2 verres + monture)
	MONTURE	30 €	9 €	5,40 €		

ÉQUIPEMENT (hors 100% santé)		Prix moyen national	BR	60 % BR	40 % BR + dépassement si prévu au contrat, dans la limite des plafonds réglementaires ⁵	Selon contrat
VERRES SIMPLES ET MONTURE	PAR VERRE	112 €	0,05 €	0,03 €	99,91 € l'équipement global (2 verres + monture)	272 € l'équipement global (2 verres + monture)
	MONTURE	148 €	0,05 €	0,03 €		
VERRES PROGRESSIFS ET MONTURE	PAR VERRE	246 €	0,05 €	0,03 €	199,91 € l'équipement global (2 verres + monture)	440 € l'équipement global (2 verres + monture)
	MONTURE	148 €	0,05 €	0,03 €		

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)	0 €	Selon les frais engagés

CHIRURGIE RÉFRACTIVE		Prix moyen national	Non remboursé	Non remboursé	Prise en charge si prévu au contrat	Selon contrat
OPÉRATION CORRECTIVE DE LA MYOPIE		NC	Non remboursé	Non remboursé	0 €	Selon les frais engagés



AIDES AUDITIVES

CONTRAT D'ASSURANCE SANTÉ RESPONSABLE²

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 €	1 115 €

- 1 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.
- 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 L'hôpital public inclut la rémunération des praticiens dans les frais de séjour, alors que leurs honoraires sont facturés séparément dans le secteur privé.
- 4 Prix limite de vente.
- 5 Le forfait est exprimé pour la prise en charge d'un équipement complet verres + monture. Le forfait peut être utilisé en totalité ou en partie pour l'achat de l'équipement complet, pour l'achat seul de la monture ou pour l'achat d'un ou des deux verres. Conformément aux plafonds du contrat responsable, la prise en charge de la monture ne peut excéder 100€. Le délai de renouvellement s'entend par période de 2 ans à compter de l'achat de l'équipement complet et à partir de la date d'achat de chaque verre ou monture acheté de manière distincte.
- * Une hospitalisation peut entraîner plusieurs types de frais (honoraires mais aussi séjour...). S'il est pratiqué un acte dit lourd, le patient doit s'acquitter d'une participation forfaitaire de 24 €, à sa charge ou à celle de son organisme complémentaire d'assurance maladie ou du Régime Local d'assurance maladie Alsace-Moselle.

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

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/>)



EXEMPLES STANDARDISÉS DE REMBOURSEMENT AU 01/01/2026

GARANTIE :

VIACOLL SANTÉ ENTREPRISE 22



HOSPITALISATION

CONTRAT D'ASSURANCE SANTÉ RESPONSABLE²

**FORFAIT JOURNALIER
HOSPITALIER (hébergement)**

20 €
(15 € en service
psychiatrique)

0 €

0 €

20 €
(15 € en service
psychiatrique)

0 €

**CHAMBRE PARTICULIÈRE
(sur demande du patient)**

Non connu (NC)

Non
remboursé

Non
remboursé

50 €

Selon les frais
engagés

SÉJOURS AVEC ACTES LOURDS³ :
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 maîtrisés	BR	100 % BR	Dépassement si prévu au contrat	Selon contrat
Opération en secteur privé : honoraires chirurgien	Tarif moyen de 443 €	271,70 €	271,70 €	171,30 €	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 €	214,30 €	0 €

SÉJOURS SANS ACTES LOURDS³ :
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 €	3 003,20 €	750,80 €	0 €



SOINS COURANTS

CONTRAT D'ASSURANCE SANTÉ RESPONSABLE²

HONORAIRES MÉDECINS SECTEUR 1 (généralistes ou spécialistes)	Tarif de convention	BR	70 % BR - 2 €	30 % BR	2 € de participation forfaitaire
CONSULTATION MÉDECIN TRAITANT GÉNÉRALISTE POUR UN PATIENT DE PLUS DE 18 ANS	30 €	30 €	19 €	9 €	2 €
CONSULTATION PÉDIATRE POUR UN ENFANT DE 2 À 6 ANS	35 €	35 €	24,50 €	10,50 €	0 €
CONSULTATION MÉDECIN SPÉCIALISTE POUR UN PATIENT DE PLUS DE 18 ANS (gynécologie médicale)	40 €	40 €	26 €	12 €	2 €



PAPIER
BAG DE 10

VIASANTÉ Mutuelle : Mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du Code de la Mutualité immatriculée sous le n° SIREN 777 927 120.
Membre d'AG2R LA MONDIALE - Siège social : VIASANTÉ Mutuelle 14-16, boulevard Malesherbes - 75008 PARIS.
AGI - 20251204 V01 - 20260709

VIASANTÉ
mutuelle
GROUPE AG2R LA MONDIALE

	TARIF LE PLUS SOUVENT FACTURÉ, OU TARIF RÉGLEMENTÉ		BASE DE REMBOURSEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE (BR)		REBOURSEMENT ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE (AMO)		REBOURSEMENT VIASANTE MUTUELLE		RESTE À CHARGE
HONORAIRES MÉDECINS ADHÉRENTS OPTAM OU OPTAM-ACO	Dépassements maîtrisés	BR	70 % BR – 2 €	30 % BR + dépassement si prévu au contrat	2 € de participation forfaitaire plus dépas- sement selon contrat				
CONSULTATION PÉDIATRE POUR UN ENFANT DE 2 À 6 ANS	50 €	35 €	24,50 €	25,50 €	0 €				
CONSULTATION MÉDECIN SPÉCIALISTE POUR UN PATIENT DE PLUS DE 18 ANS (gynécologie médicale)	53 €	40 €	26 €	25 €	2 €				
HONORAIRES MÉDECINS SECTEUR 2 (non adhérents OPTAM ou OPTAM-ACO)	Honoraires libres	BR	70% BR – 2 €	30 % BR + dépassement si prévu au contrat (rembour- sement des dépassements plafonné à 100% BR)	2 € de participation for- faitaire, plus dépas- sement selon contrat				
CONSULTATION PÉDIATRE POUR UN ENFANT DE 2 À 16 ANS	62 €	23 €	16,10 €	25,30 €	20,60 €				
CONSULTATION MÉDECIN SPÉCIALISTE POUR UN PATIENT DE PLUS DE 18 ANS (gynécologie médicale)	66 €	23 €	14,10 €	25,30 €	26,60 €				
MATÉRIEL MÉDICAL	Tarif moyen facturé	BR	60% BR	40 % BR + dépassement si prévu au contrat	Selon contrat				
ACHAT D'UNE PAIRE DE BÉQUILLES	26,71 €	24,40 €	14,64 €	12,07 €	0 €				



DENTAIRE

CONTRAT D'ASSURANCE SANTÉ RESPONSABLE²

SOINS ET PROTHÈSES 100% SANTÉ	Honoraire limite de facturation (HLF)	BR	60% BR	40% BR + dépassement dans la limite du plafond des honoraires	0 €
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
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
COURONNE CÉRAMO-MÉTALLIQUE SUR MOLAIRES	561,99 €	120 €	72 €	228 €	261,99 €
ORTHODONTIE (moins de 16 ans)	Prix moyen national	BR	100 % BR	Dépassement si prévu au contrat	Selon contrat
TRAITEMENT PAR SEMESTRE (6 max)	714,10 €	193,50 €	193,50 €	290,25 €	230,35 €



OPTIQUE

CONTRAT D'ASSURANCE SANTÉ RESPONSABLE²

ÉQUIPEMENT 100% SANTÉ		Prix limite de vente (PLV)	BR	60 % BR	40 % BR + dépassement dans la limite des PLV ⁴	0 €
VERRES SIMPLES ET MONTURE	PAR VERRE	42,50 €	12,75 €	7,65 €	94,30 € l'équipement global (2 verres + monture)	0 € l'équipement global (2 verres + monture)
	MONTURE	30 €	9 €	5,40 €		
VERRES PROGRESSIFS ET MONTURE	PAR VERRE	90 €	27 €	16,20 €	172,20 € l'équipement global (2 verres + monture)	0 € l'équipement global (2 verres + monture)
	MONTURE	30 €	9 €	5,40 €		

ÉQUIPEMENT (hors 100% santé)		Prix moyen national	BR	60 % BR	40 % BR + dépassement si prévu au contrat, dans la limite des plafonds réglementaires ⁵	Selon contrat
VERRES SIMPLES ET MONTURE	PAR VERRE	112 €	0,05 €	0,03 €	249,91 € l'équipement global (2 verres + monture)	122 € l'équipement global (2 verres + monture)
	MONTURE	148 €	0,05 €	0,03 €		
VERRES PROGRESSIFS ET MONTURE	PAR VERRE	246 €	0,05 €	0,03 €	349,91 € l'équipement global (2 verres + monture)	290 € l'équipement global (2 verres + monture)
	MONTURE	148 €	0,05 €	0,03 €		

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)	150 €	Selon les frais engagés

CHIRURGIE RÉFRACTIVE		Prix moyen national	Non remboursé	Non remboursé	Prise en charge si prévu au contrat	Selon contrat
OPÉRATION CORRECTIVE DE LA MYOPIE		NC	Non remboursé	Non remboursé	250 €	Selon les frais engagés



AIDES AUDITIVES

CONTRAT D'ASSURANCE SANTÉ RESPONSABLE²

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 €	360 €	915 €

- 1 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.
- 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 L'hôpital public inclut la rémunération des praticiens dans les frais de séjour, alors que leurs honoraires sont facturés séparément dans le secteur privé.
- 4 Prix limite de vente.
- 5 Le forfait est exprimé pour la prise en charge d'un équipement complet verres + monture. Le forfait peut être utilisé en totalité ou en partie pour l'achat de l'équipement complet, pour l'achat seul de la monture ou pour l'achat d'un ou des deux verres. Conformément aux plafonds du contrat responsable, la prise en charge de la monture ne peut excéder 100€. Le délai de renouvellement s'entend par période de 2 ans à compter de l'achat de l'équipement complet et à partir de la date d'achat de chaque verre ou monture acheté de manière distincte.
- * Une hospitalisation peut entraîner plusieurs types de frais (honoraires mais aussi séjour...). S'il est pratiqué un acte dit lourd, le patient doit s'acquitter d'une participation forfaitaire de 24 €, à sa charge ou à celle de son organisme complémentaire d'assurance maladie ou du Régime Local d'assurance maladie Alsace-Moselle.

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

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/>)



EXEMPLES STANDARDISÉS DE REMBOURSEMENT AU 01/01/2026

GARANTIE :

VIACOLL SANTÉ ENTREPRISE 33



TARIF LE PLUS SOUVENT
FACTURE, OU TARIF RÉGLEMENTÉ

BASE DE REMBOURSEMENT
DE LA SÉCURITÉ SOCIALE (BR)¹

REMBOURSEMENT
ASSURANCE MALADIE
OBLIGATOIRE (AMO)

REMBOURSEMENT
VIASANTÉ MUTUELLE

RESTE À CHARGE

HOSPITALISATION

CONTRAT D'ASSURANCE SANTÉ RESPONSABLE²

**FORFAIT JOURNALIER
HOSPITALIER (hébergement)**

20 €
(15 € en service
psychiatrique)

0 €

0 €

20 €
(15 € en service
psychiatrique)

0 €

**CHAMBRE PARTICULIÈRE
(sur demande du patient)**

Non connu (NC)

Non
remboursé

Non
remboursé

80 €

Selon les frais
engagés

SÉJOURS AVEC ACTES LOURDS³ :
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 maîtrisés	BR	100 % BR	Dépassement si prévu au contrat	Selon contrat
Opération en secteur privé : honoraires chirurgien	Tarif moyen de 443 €	271,70 €	271,70 €	171,30 €	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 €	214,30 €	0 €

SÉJOURS SANS ACTES LOURDS³ :
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 €	3 003,20 €	750,80 €	0 €



SOINS COURANTS

CONTRAT D'ASSURANCE SANTÉ RESPONSABLE²

HONORAIRES MÉDECINS SECTEUR 1 (généralistes ou spécialistes)	Tarif de convention	BR	70 % BR - 2 €	30 % BR	2 € de participation forfaitaire
CONSULTATION MÉDECIN TRAITANT GÉNÉRALISTE POUR UN PATIENT DE PLUS DE 18 ANS	30 €	30 €	19 €	9 €	2 €
CONSULTATION PÉDIATRE POUR UN ENFANT DE 2 À 6 ANS	35 €	35 €	24,50 €	10,50 €	0 €
CONSULTATION MÉDECIN SPÉCIALISTE POUR UN PATIENT DE PLUS DE 18 ANS (gynécologie médicale)	40 €	40 €	26 €	12 €	2 €



VIASANTÉ Mutuelle : Mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du Code de la Mutualité immatriculée sous le n° SIREN 777 927 120.
Membre d'AG2R LA MONDIALE - Siège social : VIASANTÉ Mutuelle 14-16, boulevard Malesherbes - 75008 PARIS.
AGI - 20251204 V01 - 20260709

VIASANTÉ
mutuelle
GROUPE AG2R LA MONDIALE

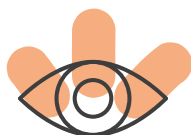
	TARIF LE PLUS SOUVENT FACTURÉ, OU TARIF RÉGLEMENTÉ		BASE DE REMBOURSEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE (BR)		REBOURSEMENT ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE (AMO)		REBOURSEMENT VIASANTE MUTUELLE		RESTE À CHARGE
HONORAIRES MÉDECINS ADHÉRENTS OPTAM OU OPTAM-ACO	Dépassements maîtrisés	BR	70 % BR – 2 €	30 % BR + dépassement si prévu au contrat	2 € de participation forfaitaire plus dépas- sement selon contrat				
CONSULTATION PÉDIATRE POUR UN ENFANT DE 2 À 6 ANS	50 €	35 €	24,50 €	25,50 €	0 €				
CONSULTATION MÉDECIN SPÉCIALISTE POUR UN PATIENT DE PLUS DE 18 ANS (gynécologie médicale)	53 €	40 €	26 €	25 €	2 €				
HONORAIRES MÉDECINS SECTEUR 2 (non adhérents OPTAM ou OPTAM-ACO)	Honoraires libres	BR	70% BR – 2 €	30 % BR + dépassement si prévu au contrat (rembour- sement des dépassements plafonné à 100% BR)	2 € de participation for- faitaire, plus dépas- sement selon contrat				
CONSULTATION PÉDIATRE POUR UN ENFANT DE 2 À 16 ANS	62 €	23 €	16,10 €	29,90 €	16 €				
CONSULTATION MÉDECIN SPÉCIALISTE POUR UN PATIENT DE PLUS DE 18 ANS (gynécologie médicale)	66 €	23 €	14,10 €	29,90 €	22 €				
MATÉRIEL MÉDICAL	Tarif moyen facturé	BR	60% BR	40 % BR + dépassement si prévu au contrat	Selon contrat				
ACHAT D'UNE PAIRE DE BÉQUILLES	26,71 €	24,40 €	14,64 €	12,07 €	0 €				



DENTAIRE

CONTRAT D'ASSURANCE SANTÉ RESPONSABLE²

SOINS ET PROTHÈSES 100% SANTÉ	Honoraire limite de facturation (HLF)	BR	60% BR	40% BR + dépassement dans la limite du plafond des honoraires	0 €
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
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
COURONNE CÉRAMO-MÉTALLIQUE SUR MOLAIRES	561,99 €	120 €	72 €	348 €	141,99 €
ORTHODONTIE (moins de 16 ans)	Prix moyen national	BR	100 % BR	Dépassement si prévu au contrat	Selon contrat
TRAITEMENT PAR SEMESTRE (6 max)	714,10 €	193,50 €	193,50 €	483,75 €	36,85 €



OPTIQUE

CONTRAT D'ASSURANCE SANTÉ RESPONSABLE²

ÉQUIPEMENT 100% SANTÉ		Prix limite de vente (PLV)	BR	60 % BR	40 % BR + dépassement dans la limite des PLV ⁴	0 €
VERRES SIMPLES ET MONTURE	PAR VERRE	42,50 €	12,75 €	7,65 €	94,30 € l'équipement global (2 verres + monture)	0 € l'équipement global (2 verres + monture)
	MONTURE	30 €	9 €	5,40 €		
VERRES PROGRESSIFS ET MONTURE	PAR VERRE	90 €	27 €	16,20 €	172,20 € l'équipement global (2 verres + monture)	0 € l'équipement global (2 verres + monture)
	MONTURE	30 €	9 €	5,40 €		

ÉQUIPEMENT (hors 100% santé)		Prix moyen national	BR	60 % BR	40 % BR + dépassement si prévu au contrat, dans la limite des plafonds réglementaires ⁵	Selon contrat
VERRES SIMPLES ET MONTURE	PAR VERRE	112 €	0,05 €	0,03 €	323,91 € l'équipement global (2 verres + monture)	48 € l'équipement global (2 verres + monture)
	MONTURE	148 €	0,05 €	0,03 €		
VERRES PROGRESSIFS ET MONTURE	PAR VERRE	246 €	0,05 €	0,03 €	499,91 € l'équipement global (2 verres + monture)	140 € l'équipement global (2 verres + monture)
	MONTURE	148 €	0,05 €	0,03 €		

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)	200 €	Selon les frais engagés

CHIRURGIE RÉFRACTIVE		Prix moyen national	Non remboursé	Non remboursé	Prise en charge si prévu au contrat	Selon contrat
OPÉRATION CORRECTIVE DE LA MYOPIE		NC	Non remboursé	Non remboursé	450 €	Selon les frais engagés



AIDES AUDITIVES

CONTRAT D'ASSURANCE SANTÉ RESPONSABLE²

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 €	460 €	815 €

- 1 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.
- 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 L'hôpital public inclut la rémunération des praticiens dans les frais de séjour, alors que leurs honoraires sont facturés séparément dans le secteur privé.
- 4 Prix limite de vente.
- 5 Le forfait est exprimé pour la prise en charge d'un équipement complet verres + monture. Le forfait peut être utilisé en totalité ou en partie pour l'achat de l'équipement complet, pour l'achat seul de la monture ou pour l'achat d'un ou des deux verres. Conformément aux plafonds du contrat responsable, la prise en charge de la monture ne peut excéder 100€. Le délai de renouvellement s'entend par période de 2 ans à compter de l'achat de l'équipement complet et à partir de la date d'achat de chaque verre ou monture acheté de manière distincte.
- * Une hospitalisation peut entraîner plusieurs types de frais (honoraires mais aussi séjour...). S'il est pratiqué un acte dit lourd, le patient doit s'acquitter d'une participation forfaitaire de 24 €, à sa charge ou à celle de son organisme complémentaire d'assurance maladie ou du Régime Local d'assurance maladie Alsace-Moselle.

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

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/>)



EXEMPLES STANDARDISÉS DE REMBOURSEMENT AU 01/01/2026

GARANTIE :

VIACOLL SANTÉ ENTREPRISE 44



TARIF LE PLUS SOUVENT
FACTURE, OU TARIF RÉGLEMENTÉ

BASE DE REMBOURSEMENT
DE LA SÉCURITÉ SOCIALE (BR)¹

REMBOURSEMENT
ASSURANCE MALADIE
OBLIGATOIRE (AMO)

REMBOURSEMENT
VIASANTÉ MUTUELLE

RESTE À CHARGE

HOSPITALISATION

CONTRAT D'ASSURANCE SANTÉ RESPONSABLE²

**FORFAIT JOURNALIER
HOSPITALIER (hébergement)**

20 €
(15 € en service
psychiatrique)

0 €

0 €

20 €
(15 € en service
psychiatrique)

0 €

**CHAMBRE PARTICULIÈRE
(sur demande du patient)**

Non connu (NC)

Non
remboursé

Non
remboursé

110 €

Selon les frais
engagés

SÉJOURS AVEC ACTES LOURDS³ :
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 maîtrisés	BR	100 % BR	Dépassement si prévu au contrat	Selon contrat
Opération en secteur privé : honoraires chirurgien	Tarif moyen de 443 €	271,70 €	271,70 €	171,30 €	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 €	214,30 €	0 €

SÉJOURS SANS ACTES LOURDS³ :
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 €	3 003,20 €	750,80 €	0 €



SOINS COURANTS

CONTRAT D'ASSURANCE SANTÉ RESPONSABLE²

HONORAIRES MÉDECINS SECTEUR 1 (généralistes ou spécialistes)	Tarif de convention	BR	70 % BR - 2 €	30 % BR	2 € de participation forfaitaire
CONSULTATION MÉDECIN TRAITANT GÉNÉRALISTE POUR UN PATIENT DE PLUS DE 18 ANS	30 €	30 €	19 €	9 €	2 €
CONSULTATION PÉDIATRE POUR UN ENFANT DE 2 À 6 ANS	35 €	35 €	24,50 €	10,50 €	0 €
CONSULTATION MÉDECIN SPÉCIALISTE POUR UN PATIENT DE PLUS DE 18 ANS (gynécologie médicale)	40 €	40 €	26 €	12 €	2 €



VIASANTÉ Mutuelle : Mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du Code de la Mutualité immatriculée sous le n° SIREN 777 927 120.
Membre d'AG2R LA MONDIALE - Siège social : VIASANTÉ Mutuelle 14-16, boulevard Malesherbes - 75008 PARIS.
AGI - 20251204 V01 - 20260709

VIASANTÉ
mutuelle
GROUPE AG2R LA MONDIALE

	TARIF LE PLUS SOUVENT FACTURÉ, OU TARIF RÉGLEMENTÉ		BASE DE REMBOURSEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE (BR)		REBOURSEMENT ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE (AMO)		REBOURSEMENT VIASANTE MUTUELLE		RESTE À CHARGE
HONORAIRES MÉDECINS ADHÉRENTS OPTAM OU OPTAM-ACO	Dépassements maîtrisés	BR	70 % BR - 2 €	30 % BR + dépassement si prévu au contrat	2 € de participation forfaitaire plus dépas- sement selon contrat				
CONSULTATION PÉDIATRE POUR UN ENFANT DE 2 À 6 ANS	50 €	35 €	24,50 €	25,50 €	0 €				
CONSULTATION MÉDECIN SPÉCIALISTE POUR UN PATIENT DE PLUS DE 18 ANS (gynécologie médicale)	53 €	40 €	26 €	25 €	2 €				
HONORAIRES MÉDECINS SECTEUR 2 (non adhérents OPTAM ou OPTAM-ACO)	Honoraires libres	BR	70% BR - 2 €	30 % BR + dépassement si prévu au contrat (rembour- sement des dépassements plafonné à 100% BR)	2 € de participation for- faitaire, plus dépas- sement selon contrat				
CONSULTATION PÉDIATRE POUR UN ENFANT DE 2 À 16 ANS	62 €	23 €	16,10 €	29,90 €	16 €				
CONSULTATION MÉDECIN SPÉCIALISTE POUR UN PATIENT DE PLUS DE 18 ANS (gynécologie médicale)	66 €	23 €	14,10 €	29,90 €	22 €				
MATÉRIEL MÉDICAL	Tarif moyen facturé	BR	60% BR	40 % BR + dépassement si prévu au contrat	Selon contrat				
ACHAT D'UNE PAIRE DE BÉQUILLES	26,71 €	24,40 €	14,64 €	12,07 €	0 €				



DENTAIRE

CONTRAT D'ASSURANCE SANTÉ RESPONSABLE²

SOINS ET PROTHÈSES 100% SANTÉ	Honoraire limite de facturation (HLF)	BR	60% BR	40% BR + dépassement dans la limite du plafond des honoraires	0 €
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
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
COURONNE CÉRAMO-MÉTALLIQUE SUR MOLAIRE	561,99 €	120 €	72 €	489,99 €	0 €
ORTHODONTIE (moins de 16 ans)	Prix moyen national	BR	100 % BR	Dépassement si prévu au contrat	Selon contrat
TRAITEMENT PAR SEMESTRE (6 max)	714,10 €	193,50 €	193,50 €	520,60 €	0 €



OPTIQUE

CONTRAT D'ASSURANCE SANTÉ RESPONSABLE²

ÉQUIPEMENT 100% SANTÉ		Prix limite de vente (PLV)	BR	60 % BR	40 % BR + dépassement dans la limite des PLV ⁴	0 €
VERRES SIMPLES ET MONTURE	PAR VERRE	42,50 €	12,75 €	7,65 €	94,30 € l'équipement global (2 verres + monture)	0 € l'équipement global (2 verres + monture)
	MONTURE	30 €	9 €	5,40 €		
VERRES PROGRESSIFS ET MONTURE	PAR VERRE	90 €	27 €	16,20 €	172,20 € l'équipement global (2 verres + monture)	0 € l'équipement global (2 verres + monture)
	MONTURE	30 €	9 €	5,40 €		

ÉQUIPEMENT (hors 100% santé)		Prix moyen national	BR	60 % BR	40 % BR + dépassement si prévu au contrat, dans la limite des plafonds réglementaires ⁵	Selon contrat
VERRES SIMPLES ET MONTURE	PAR VERRE	112 €	0,05 €	0,03 €	323,91 € l'équipement global (2 verres + monture)	48 € l'équipement global (2 verres + monture)
	MONTURE	148 €	0,05 €	0,03 €		
VERRES PROGRESSIFS ET MONTURE	PAR VERRE	246 €	0,05 €	0,03 €	591,91 € l'équipement global (2 verres + monture)	48 € l'équipement global (2 verres + monture)
	MONTURE	148 €	0,05 €	0,03 €		

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
OPÉRATION CORRECTIVE DE LA MYOPIE		NC	Non remboursé	Non remboursé	700 €	Selon les frais engagés



AIDES AUDITIVES

CONTRAT D'ASSURANCE SANTÉ RESPONSABLE²

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 €	760 €	515 €

- 1 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.
- 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 L'hôpital public inclut la rémunération des praticiens dans les frais de séjour, alors que leurs honoraires sont facturés séparément dans le secteur privé.
- 4 Prix limite de vente.
- 5 Le forfait est exprimé pour la prise en charge d'un équipement complet verres + monture. Le forfait peut être utilisé en totalité ou en partie pour l'achat de l'équipement complet, pour l'achat seul de la monture ou pour l'achat d'un ou des deux verres. Conformément aux plafonds du contrat responsable, la prise en charge de la monture ne peut excéder 100€. Le délai de renouvellement s'entend par période de 2 ans à compter de l'achat de l'équipement complet et à partir de la date d'achat de chaque verre ou monture acheté de manière distincte.
- * Une hospitalisation peut entraîner plusieurs types de frais (honoraires mais aussi séjour...). S'il est pratiqué un acte dit lourd, le patient doit s'acquitter d'une participation forfaitaire de 24 €, à sa charge ou à celle de son organisme complémentaire d'assurance maladie ou du Régime Local d'assurance maladie Alsace-Moselle.

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

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/>)

