

EXEMPLES STANDARDISÉS DE REMBOURSEMENT AU 01/01/2024

GARANTIE :

COLLECTIVIA 1

| | HOSPITALISATION | | | | | |
|---|--|---|---|--|--------------------|--|
| | TARIF LE PLUS SOUVENT FACTURÉ, OU TARIF RÉGLEMENTÉ | BASE DE REMBOURSEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE (BR) | REMBOURSEMENT ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE (AMO) | REMBOURSEMENT VIASANTÉ | RESTE À CHARGE | CONTRAT D'ASSURANCE SANTÉ RESPONSABLE ² |
| FORFAIT JOURNALIER HOSPITALIER (hébergement) | 20,00 € (15,00 € en psychiatrie) | 0,00 € (0,00 €) | 0,00 € (0,00 €) | 20,00 € (15,00 €) | 0,00 € (0,00 €) | |
| CHAMBRE PARTICULIÈRE (sur demande du patient) € | Non connu(NC) | Non remboursé | Non remboursé | 0,00 € | Non connu(NC) | |
| 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 794,12 € | 794,12 € | 770,12 € | 0,00 € | 24,00 € | |
| HONORAIRES MÉDECINS ADHÉRENTS OPTAM OU OPTAM-CO⁶ | Dépassements maîtrisés | BR | 100% BR | Dépassements si prévu au contrat | Selon contrat | |
| Opération en secteur privé : honoraires chirurgien | Tarif moyen de 422,00 € | 271,70 € | 271,70 € | 0,00 € | 150,30 € | |
| HONORAIRES MÉDECINS SECTEUR 2 (non adhérents OPTAM ou OPTAM-CO⁶) | Honoraires libre | 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 463,00 € | 271,70 € | 271,70 € | 0,00 € | 191,30 € | |
| 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 3344,37 € | 3344,37 € | 2675,50 € | 668,87 € | 0,00 € | |

| | SOINS COURANTS | | | | | |
|---|---------------------|---------|-------------|---------|---------------------------------|--|
| | Tarif de convention | BR | 70% BR - 1€ | 30% BR | 1€ de participation forfaitaire | CONTRAT D'ASSURANCE SANTÉ RESPONSABLE ² |
| HONORAIRES MÉDECINS SECTEUR 1 (généralistes ou spécialistes) | Tarif de convention | BR | 70% BR - 1€ | 30% BR | 1€ de participation forfaitaire | |
| CONSULTATION MÉDECIN TRAITANT GÉNÉRALISTE POUR UN PATIENT DE PLUS DE 18 ANS | 26,50 € | 26,50 € | 17,55 € | 7,95 € | 1,00 € | |
| CONSULTATION PÉDIATRE POUR ENFANT DE 2 À 6 ANS | 33,50 € | 33,50 € | 23,45 € | 10,05 € | 0,00 € | |
| CONSULTATION MÉDECIN SPÉCIALISTE POUR UN PATIENT DE PLUS DE 18 ANS (gynécologie, obstétrique, ophtalmologie, dermatologie, etc...) | 31,50 € | 31,50 € | 21,05 € | 9,45 € | 1,00 € | |

| HONORAIRES MÉDECINS ADHÉRENTS OPTAM OU OPTAM-CO | Dépassements maitrisés | BR | 70% BR – 1€ | 30% BR + dépassement si prévu au contrat | 1€ de participation forfaitaire, plus dépassement selon contrat |
|---|---------------------------|---------|-------------|--|--|
| CONSULTATION PÉDIATRE POUR ENFANT DE 2 À 6 ANS | 49,00 € | 33,50 € | 23,45 € | 10,05 € | 15,50 € |
| CONSULTATION MÉDECIN SPÉCIALISTE POUR UN PATIENT DE PLUS DE 18 ANS (gynécologie, obstétrique, ophtalmologie, dermatologie, etc...) | 52,00 € | 31,50 € | 21,05 € | 9,45 € | 21,50 € |
| HONORAIRES MÉDECINS SECTEUR 2 (non adhérents OPTAM ou OPTAM-CO) | Honoraires libre | BR | 70% BR – 1€ | 30% BR + dépassement si prévu au contrat (remboursement des dépassements plafonné à 100% BR) | 1€ de participation forfaitaire, plus dépassement selon contrat |
| CONSULTATION PÉDIATRE POUR ENFANT DE 2 À 16 ANS | 64,00 € | 23,00 € | 16,10 € | 6,90 € | 41,00 € |
| CONSULTATION MÉDECIN SPÉCIALISTE POUR UN PATIENT DE PLUS DE 18 ANS (gynécologie, obstétrique, ophtalmologie, dermatologie, etc...) | 65,00 € | 23,00 € | 15,10 € | 6,90 € | 43,00 € |
| MATÉRIEL MÉDICAL | Tarif moyen facturé | BR | 60% BR | 40% BR + dépassement si prévu au contrat | Selon contrat |
| ACHAT D'UNE PAIRE DE BÉQUILLES | 25,99 € | 24,40 € | 14,64 € | 11,35 € | 0,00 € |



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 | 500,00 € | 120,00 € | 72,00 € | 428,00 € | 0,00 € |
| 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 € | 0,00 € |
| PROTHÈSES (hors 100% santé) | Prix moyen national | BR | 60% BR | 40% BR + dépassement si prévu au contrat | Selon contrat |
| COURONNE CÉRAMO-MÉTALLIQUE SUR MOLAIRES | 554,00 € | 120,00 € | 72,00 € | 48,00 € | 434,00 € |
| ORTHODONTIE (moins de 16 ans) | Prix moyen national | BR | 100% BR | Dépassements si prévu au contrat | Selon contrat |
| TRAITEMENT PAR SEMESTRE (6 max) | 698,00 € | 193,50 € | 193,50 € | 0,00 € | 504,50 € |



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 € pour l'équipement global (2 verres + monture) | 0,00 € pour l'équipement global (2 verres + monture) |
| | MONTURE | 30,00 € | 9,00 € | 5,40 € | | |
| VERRES PROGRESSIFS ET MONTURE | PAR VERRE | 90,00 € | 27,00 € | 16,20 € | 172,20 € pour l'équipement global (2 verres + monture) | 0,00 € pour l'équipement global (2 verres + monture) |
| | MONTURE | 30,00 € | 9,00 € | 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 | 107,00 € | 0,05 € | 0,03 € | 0,06 € pour l'équipement global (2 verres + monture) | 355,85 € pour l'équipement global (2 verres + monture) |
| | MONTURE | 142,00 € | 0,05 € | 0,03 € | | |
| VERRES PROGRESSIFS ET MONTURE | PAR VERRE | 239,00 € | 0,05 € | 0,03 € | 0,06 € pour l'équipement global (2 verres + monture) | 619,85 € pour l'équipement global (2 verres + monture) |
| | MONTURE | 142,00 € | 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) | 0,00 | NC |
| 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 | 0,00 € | NC |



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 | | 950,00 € | 400,00 € | 240,00 € | 710,00 € | 0,00 € |
| 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 | | 1565,00 € | 400,00 € | 240,00 € | 160,00 € | 1165,00 € |

- 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.
- 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.
- L'hôpital public inclut la rémunération des praticiens dans les frais de séjour, alors que leurs honoraires sont facturés séparément dans le secteur privé.
- Prix limite de vente.
- 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 01/01/2024

GARANTIE :

COLLECTIVIA 2

|  | HOSPITALISATION | | | | | CONTRAT D'ASSURANCE SANTÉ RESPONSABLE ² |
|---|--|---|---|------------------------|----------------|--|
| | TARIF LE PLUS SOUVENT FACTURÉ, OU TARIF RÉGLEMENTÉ | BASE DE REMBOURSEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE (BR) | REMBOURSEMENT ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE (AMO) | REMBOURSEMENT VIASANTÉ | RESTE À CHARGE | |

| | | | | | |
|--|-------------------------------------|--------------------|--------------------|----------------------|--------------------|
| FORFAIT JOURNALIER HOSPITALIER (hébergement) | 20,00 € (15,00 € en psychiatrie) | 0,00 € (0,00 €) | 0,00 € (0,00 €) | 20,00 € (15,00 €) | 0,00 € (0,00 €) |
| CHAMBRE PARTICULIÈRE (sur demande du patient) € | Non connu(NC) | Non remboursé | Non remboursé | 31,00 € | Non connu(NC) |

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 794,12 € | 794,12 € | 770,12 € | 0,00 € | 24,00 € |
| HONORAIRES MÉDECINS ADHÉRENTS OPTAM OU OPTAM-CO⁶ | Dépassements maîtrisés | BR | 100% BR | Dépassements si prévu au contrat | Selon contrat |
| Opération en secteur privé : honoraires chirurgien | Tarif moyen de 422,00 € | 271,70 € | 271,70 € | 150,30 € | 0,00 € |
| HONORAIRES MÉDECINS SECTEUR 2 (non adhérents OPTAM ou OPTAM-CO⁶) | Honoraires libre | 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 463,00 € | 271,70 € | 271,70 € | 135,85 € | 55,45 € |

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 3344,37 € | 3344,37 € | 2675,50 € | 668,87 € | 0,00 € |

|  | SOINS COURANTS | | | | | CONTRAT D'ASSURANCE SANTÉ RESPONSABLE ² |
|---|---------------------|----|-------------|--------|---------------------------------|--|
| | Tarif de convention | BR | 70% BR - 1€ | 30% BR | 1€ de participation forfaitaire | |

| | | | | | |
|---|---------------------|---------|-------------|---------|---------------------------------|
| HONORAIRES MÉDECINS SECTEUR 1 (généralistes ou spécialistes) | Tarif de convention | BR | 70% BR - 1€ | 30% BR | 1€ de participation forfaitaire |
| CONSULTATION MÉDECIN TRAITANT GÉNÉRALISTE POUR UN PATIENT DE PLUS DE 18 ANS | 26,50 € | 26,50 € | 17,55 € | 7,95 € | 1,00 € |
| CONSULTATION PÉDIATRE POUR ENFANT DE 2 À 6 ANS | 33,50 € | 33,50 € | 23,45 € | 10,05 € | 0,00 € |
| CONSULTATION MÉDECIN SPÉCIALISTE POUR UN PATIENT DE PLUS DE 18 ANS (gynécologie, obstétrique, ophtalmologie, dermatologie, etc...) | 31,50 € | 31,50 € | 21,05 € | 9,45 € | 1,00 € |

| HONORAIRES MÉDECINS ADHÉRENTS OPTAM OU OPTAM-CO | Dépassements maitrisés | BR | 70% BR – 1€ | 30% BR + dépassement si prévu au contrat | 1€ de participation forfaitaire, plus dépassement selon contrat |
|---|---------------------------|---------|-------------|--|--|
| CONSULTATION PÉDIATRE POUR ENFANT DE 2 À 6 ANS | 49,00 € | 33,50 € | 23,45 € | 14,95 € | 10,60 € |
| CONSULTATION MÉDECIN SPÉCIALISTE POUR UN PATIENT DE PLUS DE 18 ANS (gynécologie, obstétrique, ophtalmologie, dermatologie, etc...) | 52,00 € | 31,50 € | 21,05 € | 14,75 € | 16,20 € |
| HONORAIRES MÉDECINS SECTEUR 2 (non adhérents OPTAM ou OPTAM-CO) | Honoraires libre | BR | 70% BR – 1€ | 30% BR + dépassement si prévu au contrat (remboursement des dépassements plafonné à 100% BR) | 1€ de participation forfaitaire, plus dépassement selon contrat |
| CONSULTATION PÉDIATRE POUR ENFANT DE 2 À 16 ANS | 64,00 € | 23,00 € | 16,10 € | 6,90 € | 41,00 € |
| CONSULTATION MÉDECIN SPÉCIALISTE POUR UN PATIENT DE PLUS DE 18 ANS (gynécologie, obstétrique, ophtalmologie, dermatologie, etc...) | 65,00 € | 23,00 € | 15,10 € | 6,90 € | 43,00 € |
| MATÉRIEL MÉDICAL | Tarif moyen facturé | BR | 60% BR | 40% BR + dépassement si prévu au contrat | Selon contrat |
| ACHAT D'UNE PAIRE DE BÉQUILLES | 25,99 € | 24,40 € | 14,64 € | 11,35 € | 0,00 € |



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 | 500,00 € | 120,00 € | 72,00 € | 428,00 € | 0,00 € |
| 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 € | 0,00 € |
| PROTHÈSES (hors 100% santé) | Prix moyen national | BR | 60% BR | 40% BR + dépassement si prévu au contrat | Selon contrat |
| COURONNE CÉRAMO-MÉTALLIQUE SUR MOLAIRES | 554,00 € | 120,00 € | 72,00 € | 298,00 € | 184,00 € |
| ORTHODONTIE (moins de 16 ans) | Prix moyen national | BR | 100% BR | Dépassements si prévu au contrat | Selon contrat |
| TRAITEMENT PAR SEMESTRE (6 max) | 698,00 € | 193,50 € | 193,50 € | 300,00 € | 204,50 € |



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 € pour l'équipement global (2 verres + monture) | 0,00 € pour l'équipement global (2 verres + monture) |
| | MONTURE | 30,00 € | 9,00 € | 5,40 € | | |
| VERRES PROGRESSIFS ET MONTURE | PAR VERRE | 90,00 € | 27,00 € | 16,20 € | 172,20 € pour l'équipement global (2 verres + monture) | 0,00 € pour l'équipement global (2 verres + monture) |
| | MONTURE | 30,00 € | 9,00 € | 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 | 107,00 € | 0,05 € | 0,03 € | 139,91 € pour l'équipement global (2 verres + monture) | 216,00 € pour l'équipement global (2 verres + monture) |
| | MONTURE | 142,00 € | 0,05 € | 0,03 € | | |
| VERRES PROGRESSIFS ET MONTURE | PAR VERRE | 239,00 € | 0,05 € | 0,03 € | 224,91 € pour l'équipement global (2 verres + monture) | 395,00 € pour l'équipement global (2 verres + monture) |
| | MONTURE | 142,00 € | 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) | 70,00 | NC |
| 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 | 150,00 € | NC |



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 | | 950,00 € | 400,00 € | 240,00 € | 710,00 € | 0,00 € |
| 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 | | 1565,00 € | 400,00 € | 240,00 € | 260,00 € | 1065,00 € |

- 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.
- 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.
- L'hôpital public inclut la rémunération des praticiens dans les frais de séjour, alors que leurs honoraires sont facturés séparément dans le secteur privé.
- Prix limite de vente.
- 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 01/01/2024

GARANTIE :

COLLECTIVIA 3

| | TARIF LE PLUS SOUVENT FACTURÉ, OU TARIF RÉGLEMENTÉ | BASE DE REMBOURSEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE (BR) | REMBOURSEMENT ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE (AMO) | REMBOURSEMENT VIASANTÉ | RESTE À CHARGE |
|--|--|---|---|------------------------|----------------|
|--|--|---|---|------------------------|----------------|



HOSPITALISATION

CONTRAT D'ASSURANCE SANTÉ RESPONSABLE²

| | | | | | |
|--|-------------------------------------|--------------------|--------------------|----------------------|--------------------|
| FORFAIT JOURNALIER HOSPITALIER (hébergement) | 20,00 € (15,00 € en psychiatrie) | 0,00 € (0,00 €) | 0,00 € (0,00 €) | 20,00 € (15,00 €) | 0,00 € (0,00 €) |
| CHAMBRE PARTICULIÈRE (sur demande du patient) € | Non connu(NC) | Non remboursé | Non remboursé | 31,00 € | Non connu(NC) |

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 794,12 € | 794,12 € | 770,12 € | 0,00 € | 24,00 € |
| HONORAIRES MÉDECINS ADHÉRENTS OPTAM OU OPTAM-CO⁶ | Dépassements maîtrisés | BR | 100% BR | Dépassements si prévu au contrat | Selon contrat |
| Opération en secteur privé : honoraires chirurgien | Tarif moyen de 422,00 € | 271,70 € | 271,70 € | 150,30 € | 0,00 € |
| HONORAIRES MÉDECINS SECTEUR 2 (non adhérents OPTAM ou OPTAM-CO⁶) | Honoraires libre | 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 463,00 € | 271,70 € | 271,70 € | 191,30 € | 0,00 € |

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 3344,37 € | 3344,37 € | 2675,50 € | 668,87 € | 0,00 € |



SOINS COURANTS

CONTRAT D'ASSURANCE SANTÉ RESPONSABLE²

| | | | | | |
|---|---------------------|---------|-------------|---------|---------------------------------|
| HONORAIRES MÉDECINS SECTEUR 1 (généralistes ou spécialistes) | Tarif de convention | BR | 70% BR - 1€ | 30% BR | 1€ de participation forfaitaire |
| CONSULTATION MÉDECIN TRAITANT GÉNÉRALISTE POUR UN PATIENT DE PLUS DE 18 ANS | 26,50 € | 26,50 € | 17,55 € | 7,95 € | 1,00 € |
| CONSULTATION PÉDIATRE POUR ENFANT DE 2 À 6 ANS | 33,50 € | 33,50 € | 23,45 € | 10,05 € | 0,00 € |
| CONSULTATION MÉDECIN SPÉCIALISTE POUR UN PATIENT DE PLUS DE 18 ANS (gynécologie, obstétrique, ophtalmologie, dermatologie, etc...) | 31,50 € | 31,50 € | 21,05 € | 9,45 € | 1,00 € |

| HONORAIRES MÉDECINS ADHÉRENTS OPTAM OU OPTAM-CO | Dépassements maitrisés | BR | 70% BR – 1€ | 30% BR + dépassement si prévu au contrat | 1€ de participation forfaitaire, plus dépassement selon contrat |
|---|---------------------------|---------|-------------|--|--|
| CONSULTATION PÉDIATRE POUR ENFANT DE 2 À 6 ANS | 49,00 € | 33,50 € | 23,45 € | 25,55 € | 0,00 € |
| CONSULTATION MÉDECIN SPÉCIALISTE POUR UN PATIENT DE PLUS DE 18 ANS (gynécologie, obstétrique, ophtalmologie, dermatologie, etc...) | 52,00 € | 31,50 € | 21,05 € | 29,95 € | 1,00 € |
| HONORAIRES MÉDECINS SECTEUR 2 (non adhérents OPTAM ou OPTAM-CO) | Honoraires libre | BR | 70% BR – 1€ | 30% BR + dépassement si prévu au contrat (remboursement des dépassements plafonné à 100% BR) | 1€ de participation forfaitaire, plus dépassement selon contrat |
| CONSULTATION PÉDIATRE POUR ENFANT DE 2 À 16 ANS | 64,00 € | 23,00 € | 16,10 € | 29,90 € | 18,00 € |
| CONSULTATION MÉDECIN SPÉCIALISTE POUR UN PATIENT DE PLUS DE 18 ANS (gynécologie, obstétrique, ophtalmologie, dermatologie, etc...) | 65,00 € | 23,00 € | 15,10 € | 29,90 € | 20,00 € |
| MATÉRIEL MÉDICAL | Tarif moyen facturé | BR | 60% BR | 40% BR + dépassement si prévu au contrat | Selon contrat |
| ACHAT D'UNE PAIRE DE BÉQUILLES | 25,99 € | 24,40 € | 14,64 € | 11,35 € | 0,00 € |



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 | 500,00 € | 120,00 € | 72,00 € | 428,00 € | 0,00 € |
| 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 € | 0,00 € |
| PROTHÈSES (hors 100% santé) | Prix moyen national | BR | 60% BR | 40% BR + dépassement si prévu au contrat | Selon contrat |
| COURONNE CÉRAMO-MÉTALLIQUE SUR MOLAIRES | 554,00 € | 120,00 € | 72,00 € | 348,00 € | 134,00 € |
| ORTHODONTIE (moins de 16 ans) | Prix moyen national | BR | 100% BR | Dépassements si prévu au contrat | Selon contrat |
| TRAITEMENT PAR SEMESTRE (6 max) | 698,00 € | 193,50 € | 193,50 € | 350,00 € | 154,50 € |



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 € pour l'équipement global (2 verres + monture) | 0,00 € pour l'équipement global (2 verres + monture) |
| | MONTURE | 30,00 € | 9,00 € | 5,40 € | | |
| VERRES PROGRESSIFS ET MONTURE | PAR VERRE | 90,00 € | 27,00 € | 16,20 € | 172,20 € pour l'équipement global (2 verres + monture) | 0,00 € pour l'équipement global (2 verres + monture) |
| | MONTURE | 30,00 € | 9,00 € | 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 | 107,00 € | 0,05 € | 0,03 € | 154,91 € pour l'équipement global (2 verres + monture) | 201,00 € pour l'équipement global (2 verres + monture) |
| | MONTURE | 142,00 € | 0,05 € | 0,03 € | | |
| VERRES PROGRESSIFS ET MONTURE | PAR VERRE | 239,00 € | 0,05 € | 0,03 € | 239,91 € pour l'équipement global (2 verres + monture) | 380,00 € pour l'équipement global (2 verres + monture) |
| | MONTURE | 142,00 € | 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) | 100,00 | NC |
| 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 | 200,00 € | NC |



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 | | 950,00 € | 400,00 € | 240,00 € | 710,00 € | 0,00 € |
| 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 | | 1565,00 € | 400,00 € | 240,00 € | 560,00 € | 765,00 € |

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.
6. 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/>).