


**Tableau de garantie SANTEPRO5 en vigueur au 01/09/2023**

Les garanties sont exprimées en pourcentage de la base de remboursement de l'assurance maladie obligatoire (BR) ou en euros. Les remboursements exprimés en BR, les forfaits équipements optiques et aides auditives sont pris en charge par la Mutuelle, sous réserve d'un remboursement de l'assurance maladie obligatoire (AMO) ; ils incluent la part de remboursement de l'AMO. Les remboursements sont limités aux frais engagés et aux montants indiqués dans le tableau de garantie sur présentation des factures acquittées.


<b>SOINS COURANTS (1)</b>	<b>SANTEPRO5</b>
<b>Honoraires médicaux - Consultations, visites généralistes</b> OPTAM/OPTAM-CO	200 % BR
<b>Honoraires médicaux - Consultations, visites généralistes</b> Hors OPTAM/OPTAM-CO	180 % BR
<b>Honoraires médicaux - Consultations, visites spécialistes</b> OPTAM/OPTAM-CO	200 % BR
<b>Honoraires médicaux - Consultations, visites spécialistes</b> Hors OPTAM/OPTAM-CO	180 % BR
<b>Honoraires paramédicaux</b> (infirmiers, kinésithérapeutes, orthophonistes, ...)	200 % BR
<b>Analyses et examens de laboratoire</b>	180 % BR
<b>Actes d'imagerie médicale</b> (radiologie, échographie...) OPTAM/OPTAM-CO	200 % BR
<b>Actes d'imagerie médicale</b> (radiologie, échographie...) Hors OPTAM/OPTAM-CO	180 % BR
<b>Actes techniques médicaux</b> OPTAM/OPTAM-CO	200 % BR
<b>Actes techniques médicaux</b> Hors OPTAM/OPTAM-CO	180 % BR
<b>Pharmacie :</b>	
Médicaments remboursés à 15%	100 % BR
Médicaments remboursés à 30%	100 % BR
Médicaments remboursés à 65%	100 % BR
<b>Actes de petite chirurgie</b> OPTAM/OPTAM-CO	200 % BR
<b>Actes de petite chirurgie</b> Hors OPTAM/OPTAM-CO	180 % BR
<b>Matériel Médical :</b>	
Orthopédie, Petits et grands appareillages	200 % BR
Prothèses capillaires et mammaires	100 % BR + 300 €/an
Semelles orthopédiques	300 % BR
<b>HOSPITALISATION (2)</b>	<b>SANTEPRO5</b>
<b>Actes chirurgicaux, d'anesthésie et d'obstétrique</b> OPTAM/OPTAM-CO	200 % BR
<b>Actes chirurgicaux, d'anesthésie et d'obstétrique</b> Hors OPTAM/OPTAM-CO	180 % BR
Si acte médical supérieur à <b>120€</b> prise en charge du forfait	24 €
<b>Honoraires médicaux</b> OPTAM/OPTAM-CO	200 % BR
<b>Honoraires médicaux</b> Hors OPTAM/OPTAM-CO	180 % BR
<b>Frais de séjour</b>	100 % BR
<b>Forfait journalier</b>	100 % Frais réels
<b>Forfait patient urgence</b>	100 % Frais réels
<b>Chambre particulière en ambulatoire</b> : 10 jours par an	30 €/jour
<b>Chambre particulière :</b>	70 €/jour
Chirurgie illimitée, Médecine illimitée, Maternité 60 jours par an, Maison de convalescence 60 jours par an, Maison de repos 60 jours par an, Rééducation 60 jours par an, Moyen séjour 60 jours par an	
<b>Frais d'accompagnement</b>	25 €/jour
Moins de 16 ans 30 jours par an, Plus de 75 ans 30 jours par an, Autres cas 2 jours par an	
<b>Garanties majorées en cas d'accident de la circulation</b>	
Actes chirurgicaux, d'anesthésie et d'obstétrique OPTAM/OPTAM-CO	300 % BR
Actes chirurgicaux, d'anesthésie et d'obstétrique Hors OPTAM/OPTAM-CO	200 % BR
Chambre particulière 6 mois maximum en secteur médecine et chirurgie	120 €/jour
Frais d'accompagnement lit et repas en milieu hospitalier durée 15 jours maximum par accident	35 €/jour
Frais de télévision et de téléphone liés à l'hospitalisation facturés par l'établissement (télévision, téléphone, ...)	100 €/an




## OPTIQUE (3)

	SANTEPRO5
 <b>Equipement 100% Santé* (monture et verres classe A) :</b>	Remboursement intégral
<b>Equipement hors 100% Santé (monture et verres classe B) :</b>	
- Verre simple	105 €/verre
- Verre complexe	175 €/verre
- Verre très complexe	220 €/verre
- Monture	100 €
<b>Avantage adhérent Equipement</b> si achat dans un espace optique PréviFrance	
- D'un équipement à verres simples Dans la limite des plafonds des "Contrats Responsables"	+ 30 €
- D'un équipement à verres complexes Dans la limite des plafonds des "Contrats Responsables"	+ 60 €
<b>Lentilles</b> remboursées par l'AMO	200 % BR
<b>Forfait Lentilles</b> remboursées ou non par l'AMO	160 €/an
<b>Avantage adhérent lentilles</b> si achat dans un espace optique PréviFrance	+ 30 €/an
<b>Chirurgie réfractive de l'œil</b> (myopie, hypermétropie, presbytie)	375 €/œil

## DENTAIRE (4)

	SANTEPRO5
 <b>Soins et Prothèses 100% Santé* (panier sans reste à charge) :</b>	Remboursement intégral
<b>Soins et consultations</b>	200 % BR
<b>Inlay-onlay</b>	200 % BR
<b>Prothèses</b> (Paniers à reste à charge maîtrisé et tarifs libres) remboursées par l'AMO	340 % BR
<b>Inlay-core et inlay-core à clavettes</b> (Paniers à reste à charge maîtrisé et tarifs libres)	340 % BR
<b>Orthodontie</b> remboursée par l'AMO	340 % BR
<b>Implantologie et parodontologie</b> remboursées par l'AMO	340 % BR
<b>Panier de soins dentaires</b> affecté à l'un ou plusieurs des postes ci-dessous par an et par bénéficiaire :	600 €/an
Prothèses non remboursées par l'AMO, Orthodontie non remboursée par l'AMO, Implantologie non remboursée par l'AMO, Parodontologie non remboursée par l'AMO	

## AIDES AUDITIVES (5)

	SANTEPRO5
 <b>Equipement 100% Santé* (Classe 1)</b>	Remboursement intégral
<b>Equipement hors 100% Santé (Classe 2) :</b>	
<b>Aides auditives</b>	100 % BR + 300 €/oreille
<b>Piles et autres accessoires</b>	200 % BR
<b>Aides auditives - Avantage adhérent</b> si achat dans le centre d'audioprothèse PréviFrance	+ 100 €/oreille

## TRANSPORT

	SANTEPRO5
<b>Transport</b>	200 % BR

## LES PLUS (6)

	SANTEPRO5
<b>Cures Thermales</b> : honoraires de surveillance médicale forfait thermal	100 % BR
<b>Panier de soins</b> affecté à l'un ou plusieurs des postes ci-dessous par an et par bénéficiaire :	70 €
Amniocentèse, Contraception, Fécondation in vitro, Médicaments (y compris homéopathie) non remboursés ou non remboursables, Ostéodensitométrie, Sevrage tabagique, Vaccins non remboursés par l'AMO	
<b>Forfait séances</b> nombre de séances maximum toutes spécialités énumérées confondues :	40 €/séance 4 séances max/an
Acupuncteur, Chiropraticien, Diététicien diplômé d'état, Étiopathie, Microkinésithérapeute, Ostéopathe, Pédicure, Podologue	
<b>Activité physique prescrite ou licence sportive prescrite</b>	50 €/an
<b>Actes de prévention</b> remboursés par l'AMO	100 % BR

Cette garantie est conforme à la législation en vigueur sur les contrats responsables. Elle sera automatiquement adaptée en fonction des évolutions législatives et réglementaires. Si vous êtes hors parcours de soins coordonnés, votre contrat ne prendra pas en charge la diminution des remboursements appliquée par l'assurance maladie obligatoire, ni les dépassements d'honoraires.

## Mentions Complémentaires

Les garanties sont exprimées en pourcentage de la base de remboursement de l'assurance maladie obligatoire (BR) ou en euros. Les remboursements exprimés en BR, les forfaits équipements optiques et aides auditives sont pris en charge par la Mutuelle, sous réserve d'un remboursement de l'assurance maladie obligatoire (AMO) ; ils incluent la part de remboursement de l'AMO. Les remboursements sont limités aux frais engagés et aux montants indiqués dans le tableau de garantie sur présentation des factures acquittées.

### SOINS COURANTS (1)

- Le matériel médical est pris en charge par la Mutuelle, sous réserve d'un remboursement de l'assurance maladie obligatoire.

### HOSPITALISATION (2)

- La réglementation impose la différenciation de la prise en charge des dépassements d'honoraires des médecins ayant adhéré ou non à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisé (OPTAM /OPTAM-CO) si le médecin n'a pas adhéré à l'OPTAM ou à l'OPTAM-CO, votre contrat ne pourra prendre en charge ses dépassements d'honoraires que minoré de 20% BR par rapport à ceux d'un médecin ayant adhéré et dans tous les cas à hauteur maximale de 100 % BR. Les forfaits hors équipement optique et aides auditives sont calculés par année civile et par bénéficiaire. Ils sont non reportables d'une année sur l'autre.
- Dans les établissements hospitaliers, chaque service a un numéro de discipline médico-tarifaire (DMT), lui-même rattaché à un secteur hospitalier : Médecine, Chirurgie, Obstétrique et Odontologie (MCOO), Soins de Suite et de Réadaptation (SSR) ou Psychiatrie (PSY).
- Le forfait journalier facturé par les établissements hospitaliers est pris en charge sans limitation de durée. Cette prise en charge s'applique aux séjours en hospitalisation complète en Médecine, Chirurgie, Obstétrique et Odontologie (MCOO), en Soins de Suite et de Réadaptation (SSR) et en Psychiatrie (PSY). Elle s'applique aussi si les séjours en cures thermales ou médicales, en colonie sanitaire, en maison d'enfants ou les séjours de lutte contre toutes sortes d'addiction sont effectués dans un établissement hospitalier.
- Le forfait journalier facturé par des établissements médico-sociaux, tels que prévus à l'article L.174-4 du code de la sécurité sociale n'est pas pris en charge.
- Sont exclus les remboursements afférents aux frais liés aux séjours en maison de retraite et hospice et séjours en unités et centres de longue durée.
- La chambre particulière est prise en charge à partir d'une nuit d'hospitalisation uniquement dans les secteurs hospitaliers précisés dans le tableau de garanties. La prise en charge s'exerce à concurrence du tarif plafond et du nombre de jours indiqués.
- Les frais d'accompagnement (lit d'accompagnant et repas en milieu hospitalier) doivent se situer pendant la durée de l'hospitalisation. L'indemnité versée est plafonnée au montant indiqué sur le tableau des garanties.
- Est réputé accident de la circulation, l'accident :
  - provoqué par un objet, un véhicule, un animal ou un piéton, lorsque le membre participant ou l'un de ses ayants droit circule à pied sur une voie publique ou privée,
  - survenu à l'occasion d'un parcours effectué par le membre participant ou l'un de ses ayants droit, soit en tant que passager d'une ligne régulière de transport par voie de fer, d'air ou d'eau, soit en tant que passager ou conducteur d'un véhicule sur voie de terre.
 Il est précisé que les accidents survenant lors de la pratique d'une activité sportive nécessitant l'utilisation de véhicules à moteur ne sont pas considérés comme des accidents de la circulation.

### OPTIQUE (3)

- L'équipement 100% Santé est composé d'une monture et de 2 verres à prix limités (classe A) sans reste à charge pour l'adhérent. Si celui-ci choisit un équipement à prix libres (classe B), le remboursement se fera sur la base des montants indiqués dans le tableau de garantie. L'adhérent peut aussi choisir des verres de Classe A avec une monture de Classe B ou inversement.
- Un équipement optique est composé d'une monture et de 2 verres.
  - Un verre simple est un verre dont la sphère est comprise entre -6,00 et + 6,00 ou dont la sphère est comprise entre -6,00 et 0 et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 ou dont la sphère est positive et dont la somme S (sphère + cylindre) est inférieure ou égale à 6,00.
  - Un verre complexe est un verre dont la sphère est hors zone de -6,00 à + 6,00 ou dont la sphère est comprise entre -6,00 et 0 et dont le cylindre est supérieur à + 4,00 ou dont la sphère est inférieure à -6,00 et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 dioptrie ou dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 6,00 ou dont la sphère est comprise entre -4,00 et + 4,00 ou dont la sphère est comprise entre -8,00 et 0,00 et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 ou dont la sphère est positive et dont la somme S est inférieure ou égale à 8,00.
  - Un verre très complexe est un verre dont la sphère est hors zone de -4,00 à + 4,00 ou dont la sphère est comprise entre -8,00 et 0 et dont le cylindre est supérieur à + 4,00 ou dont la sphère est inférieure à -8,00 et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 dioptrie ou dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 8,00.
- Le forfait équipement optique s'entend part AMO et ticket modérateur inclus.
- En application du décret 2014-1374 du 18 novembre 2014 et 2019-21 du 11 janvier 2019 régissant les « contrats responsables », la Mutuelle rembourse un forfait équipement optique tous les 2 ans ou tous les ans pour les moins de 16 ans ou en cas de renouvellement justifié par une évolution de la vue, période calculée à compter de la date d'acquisition de l'équipement optique. Dans tous les cas, le remboursement maximum pour une monture est de 100€.
- Les « Avantages Adhérents » sont attribués en complément du forfait équipement, dans les limites des plafonds des « Contrats Responsables », soit pour un équipement simple : 420€, un équipement complexe : 700€, un équipement très complexe : 800€, un équipement simple et complexe : 560€, un équipement simple et très complexe : 610€, ou un équipement complexe et très complexe : 750€.

### DENTAIRE (4)

- Les prothèses, l'orthodontie, la parodontologie et l'implantologie non remboursées par l'assurance maladie obligatoire sont prises en charge sur présentation d'une facture acquittée d'un praticien agréé, si leur remboursement est prévu dans la garantie souscrite.
- Les soins et prothèses 100% santé sont sans reste à charge pour les adhérents. Ceux-ci peuvent toujours choisir des soins à reste à charge maîtrisés ou à tarif libre. Dans ce cas, les remboursements s'effectueront sur la base des taux ou montants indiqués dans le tableau de garanties.

### AIDES AUDITIVES (5)

- L'équipement 100% Santé prévoit des aides auditives à prix limités (Classe I) sans reste à charge pour l'adhérent. Si celui-ci choisit une aide auditive à tarif libre (classe II), le remboursement se fera sur la base des montants indiqués dans le tableau de garanties, dans la limite du plafond des Contrats Responsables (1700€/oreille). En application du décret 2019-21 du 11/01/2019 régissant les « contrats responsables », la Mutuelle rembourse un forfait aide auditive tous les 4 ans.
- Les avantages Adhérent sont attribués en complément du forfait aide auditive, dans la limite du plafond des « contrats responsables ».

### LES PLUS (6)

- Si le tableau de garantie le prévoit, la Mutuelle rembourse les prestations indiquées soit sur prescription médicale et sur facture acquittée du praticien ou de l'établissement sous déduction de l'éventuelle prise en charge de l'assurance maladie obligatoire, soit s'il s'agit de séances sur facture acquittée du praticien agréé dans la discipline (numéro ADEL ou RPPS ou FINISS).
- La Mutuelle rembourse aux adhérents atteints d'une affection de longue durée le Forfait Activité sportive prescrite sur prescription médicale et sur facture acquittée d'un professionnel agréé «&nbsp;Activité physique adaptée&nbsp;» ou copie d'une licence sportive.

### DISPOSITIONS APPLICABLES

- Garantie régie par les Règlements Mutualistes de la Mutuelle PréviFrance ou par le Contrat collectif Santé à adhésion facultative n° 9401 Loi « Madelin » pour les travailleurs non-salariés.

### VOS AVANTAGES

- Gratuité de la cotisation du nouveau né jusqu'à son premier anniversaire.
- Gratuité de la cotisation à partir du troisième enfant, lorsque les deux aînés (inscrits à la Mutuelle en tant qu'ayant droit du membre participant) sont âgés de moins de 20 ans dans l'année en cours.
- Garantie « coups durs » : prise en charge de la cotisation familiale par la Mutuelle à hauteur de 50% pendant 1 an
  - En cas de licenciement pour motif économique, à l'exclusion de toute autre cause de départ du membre participant âgé de moins de 62 ans ayant plus de 3 ans d'ancienneté dans la garantie sur présentation de l'attestation de Pôle emploi.
  - En cas d'invalidité de 3ème catégorie du membre participant âgé de moins de 62 ans ayant plus de 3 ans d'ancienneté dans la garantie sur présentation de la notification de mise en invalidité.



Mutuelle  
PréviFrance

La prise en charge s'effectue sans rétro activité au premier jour du mois, suivant la réception de la demande écrite, accompagnée des justificatifs, sous réserve que le membre participant soit à jour du paiement de ses cotisations.  
Cette garantie ne donne pas lieu à un remboursement de cotisation.

### Exemples de remboursement (à titre indicatif, sans valeur contractuelle)

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>Hospitalisation</b>					
<b>Forfait Journalier hospitalier</b> (hébergement)	20 € (15€ en service psychiatrie)	0,00 €	0,00 €	20 € (15 €)	0,00 €
<b>Chambre particulière</b> (sur demande du patient)	Non connu (NC)	Non remboursé	Non remboursé	70,00 €	Selon les frais engagés
<b>Séjours avec actes lourds</b>					
L'hôpital public inclut la rémunération des praticiens dans les frais de séjour, alors que leurs honoraires sont facturés séparément dans le secteur privé					
Exemple d'une opération chirurgicale de la cataracte, en secteur privé					
<b>Frais de séjour</b>	<b>Différent selon public/privé</b>	<b>BR</b>	<b>BR - 24 €</b>	<b>24 €</b>	<b>0,00 €</b>
Frais de séjour en secteur privé	745,54 €	745,54 €	721,54 €	24,00 €	0,00 €
<b>Honoraires médecins adhérents OPTAM ou OPTAM-CO</b>	<b>Dépassements maîtrisés</b>	<b>BR</b>	<b>100% BR</b>	<b>Dépassements si prévu au contrat</b>	<b>Selon contrat</b>
Opération en secteur privé : honoraires chirurgien	413,00 €	271,70 €	271,70 €	141,30 €	0,00 €
<b>Honoraires médecins secteur 2 (non adhérents OPTAM ou OPTAM-CO)</b>	<b>Honoraires libres</b>	<b>BR</b>	<b>100% BR</b>	<b>Dépassement si prévu au contrat (remboursement des dépassements plafonné à 100% BR)</b>	<b>Selon contrat</b>
Opération en secteur privé : honoraires chirurgien	451,00 €	271,70 €	271,70 €	179,30 €	0,00 €
<b>Séjours SANS actes lourds</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</b>	<b>Différent selon public/privé</b>	<b>BR</b>	<b>80% BR</b>	<b>20 BR</b>	<b>0,00 €</b>
Frais de séjour en secteur public	3 333,75 €	3 333,75 €	2 667,00 €	666,75 €	0,00 €

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>Soins courants</b>					
Honoraires médecins secteur 1 (généralistes ou spécialistes)	Tarif de convention	BR	70 % BR – 1 €	30 % BR	1 € de participation forfaitaire
Ex : consultation médecin traitant généraliste pour un patient de plus de 18 ans	25,00 €	25,00 €	16,50 €	7,50 €	1,00 €
Ex : consultation pédiatre pour enfant de 2 à 6 ans	32,00 €	32,00 €	21,40 €	9,60 €	1,00 €
Ex : consultation médecin spécialiste pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie obstétrique, ophtalmologie, dermatologie, etc...)	30,00 €	30,00 €	20,00 €	9,00 €	1,00 €
Honoraires médecins adhérents OPTAM ou OPTAM-CO	Dépassements maîtrisés	BR	70 % BR – 1 €	30 % BR + dépassement si prévu au contrat	1 € de participation forfaitaire plus dépassement selon contrat
Ex : consultation pédiatre pour enfant de 2 à 6 ans	32,00 €	32,00 €	21,40 €	9,60 €	1,00 €
Ex : consultation médecin spécialiste pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie obstétrique, ophtalmologie, dermatologie, etc...)	44,00 €	30,00 €	20,00 €	23,00 €	1,00 €
Honoraires médecins secteur 2 (non adhérents OPTAM ou OPTAM-CO)	Honoraires libres	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
Ex : consultation pédiatre pour enfant de 2 à 16 ans	55,00 €	23,00 €	15,10 €	25,30 €	14,60 €
Ex : consultation médecin spécialiste pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie obstétrique, ophtalmologie, dermatologie, etc...)	58,00 €	23,00 €	15,10 €	25,30 €	17,60 €
Matériel médical	Tarif moyen facturé	BR	60 % BR	40 % BR + dépassement si prévu au contrat	Selon contrat
Ex : achat d'une paire de béquilles	25,63 €	24,40 €	14,64 €	10,99 €	0,00 €

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>					
<b>Soins et prothèses 100% santé</b>	<b>Honoraire limite de facturation (HLF)</b>	<b>BR</b>	<b>70 % BR</b>	<b>30% BR + dépassement dans la limite du plafond des honoraires</b>	<b>0,00 €</b>
Ex : pose d'une couronne céramo-métallique sur incisives, canines et premières prémolaires	500,00 €	120,00 €	84,00 €	416,00 €	0,00 €
<b>Soins (hors 100% santé)</b>	<b>Tarif de convention</b>	<b>BR</b>	<b>70 % BR</b>	<b>30 % BR + dépassement si prévu au contrat</b>	<b>Selon contrat</b>
Ex : détartrage	43,38 €	43,38 €	30,37 €	13,01 €	0,00 €
<b>Prothèses (hors 100% santé)</b>	<b>Prix moyen national</b>	<b>BR</b>	<b>70 % BR</b>	<b>30 % BR + dépassement si prévu au contrat</b>	<b>Selon contrat</b>
Ex : couronne céramo-métallique sur molaires	547,90 €	120,00 €	84,00 €	324,00 €	139,90 €
<b>Orthodontie (moins de 16 ans)</b>	<b>Prix moyen national</b>	<b>BR</b>	<b>100 % BR</b>	<b>Dépassement si prévu au contrat</b>	<b>Selon contrat</b>
Ex : traitement par semestre (6 max)	720,00 €	193,50 €	193,50 €	464,40 €	62,10 €
<b>Optique</b>					
<b>Équipement 100% santé</b>	<b>Prix limite de vente (PLV)</b>	<b>BR</b>	<b>60 % BR</b>	<b>40 % BR + dépassement dans la limite des PLV</b>	<b>0,00 €</b>
Ex : Verres simples et monture	41 € (par verre) + 30 € (monture)	12,75 € par verre + 9 €	7,65 € par verre + 5,40€	33,35€ par verre + 24,60 €	0,00 €
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 €	0,00 €
<b>Équipement (hors 100% santé)</b>	<b>Prix moyen national</b>	<b>BR</b>	<b>60 % BR</b>	<b>40 % BR + dépassement si prévu au contrat, dans la limite des plafonds réglementaires</b>	<b>Selon contrat</b>
Verre simple	100,00 €	0,05 €	0,03 €	99,97 €	0,00 €
Monture	139,00 €	0,05 €	0,03 €	99,97 €	39,00 €
Verre progressif	231,00 €	0,05 €	0,03 €	174,97 €	56,00 €
<b>Lentilles</b>	<b>Prix moyen national</b>	<b>Pas de prise en charge (dans le cas général)</b>	<b>Pas de prise en charge (dans le cas général)</b>	<b>Prise en charge si prévu au contrat</b>	<b>Selon contrat</b>
<b>Forfait annuel</b>	<b>NC</b>	<b>Non remboursé (dans le cas général)</b>	<b>Non remboursé (dans le cas général)</b>	<b>160,00 €</b>	<b>Selon les frais engagés</b>
<b>Chirurgie réfractive</b>	<b>Prix moyen national</b>	<b>Non remboursé</b>	<b>Non remboursé</b>	<b>Prise en charge si prévu au contrat</b>	<b>Selon contrat</b>
Ex opération corrective de la myopie	NC	Non remboursé (dans le cas général)	Non remboursé	375,00 €	Selon les frais engagés

Contrat d'assurance santé responsable (2)	Tarif le plus souvent facturé, ou tarif réglementé	Base de remboursement de la sécurité sociale (BR) (3)	Remboursement assurance maladie obligatoire (AMO)	Remboursement assurance maladie complémentaire (AMC)	Reste à charge
<b>Aides auditives</b>					
<b>Équipement 100% santé</b>	<b>Prix limite de vente (PLV)</b>	<b>BR</b>	<b>60 % BR</b>	<b>40 % BR + dépassement dans la limite des PLV</b>	<b>0,00 €</b>
Par oreille pour un patient de plus de 20 ans	950,00 €	400,00 €	240,00 €	710,00 €	0,00 €
<b>Équipement (hors 100% santé)</b>	<b>Prix moyen national</b>	<b>BR</b>	<b>60 % BR</b>	<b>40 % BR + dépassement si prévu au contrat, dans la limite des plafonds réglementaires</b>	<b>Selon contrat</b>
Par oreille pour un patient de plus de 20 ans	1 534,00 €	400,00 €	240,00 €	460,00 €	834,00 €

### Précisions éventuelles

(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