



Tableau de garantie MAXI+ en vigueur au 01/01/2023


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.

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.

SOINS COURANTS (1)	MAXI+
Honoraires médicaux - Consultations, visites généralistes OPTAM/OPTAM-CO	200 % BR
Honoraires médicaux - Consultations, visites généralistes Hors OPTAM/OPTAM-CO	180 % BR
Honoraires médicaux - Consultations, visites spécialistes OPTAM/OPTAM-CO	200 % BR
Honoraires médicaux - Consultations, visites spécialistes Hors OPTAM/OPTAM-CO	180 % BR
Honoraires paramédicaux (infirmiers, kinésithérapeutes, orthophonistes, ...)	200 % BR
Analyses et examens de laboratoire	200 % BR
Actes d'imagerie médicale (radiologie, échographie...) OPTAM/OPTAM-CO	200 % BR
Actes d'imagerie médicale (radiologie, échographie...) Hors OPTAM/OPTAM-CO	180 % BR
Actes techniques médicaux OPTAM/OPTAM-CO	200 % BR
Actes techniques médicaux Hors OPTAM/OPTAM-CO	180 % BR
Pharmacie : médicaments remboursés par l'AMO	100 % BR
Actes de petite chirurgie OPTAM/OPTAM-CO	200 % BR
Actes de petite chirurgie Hors OPTAM/OPTAM-CO	180 % BR
Matériel Médical :	
Orthopédie, Petits et grands appareillages	200 % BR
Prothèses capillaires et mammaires	100 % BR + 300 €/an
HOSPITALISATION (2)	MAXI+
Actes chirurgicaux, d'anesthésie et d'obstétrique OPTAM/OPTAM-CO	200 % BR
Actes chirurgicaux, d'anesthésie et d'obstétrique Hors OPTAM/OPTAM-CO	180 % BR
Si acte médical supérieur à 120€ prise en charge du forfait	24 €
Honoraires médicaux OPTAM/OPTAM-CO	200 % BR
Honoraires médicaux Hors OPTAM/OPTAM-CO	180 % BR
Frais de séjour	100 % BR
Forfait journalier	100 % Frais réels
Forfait patient urgence	100 % Frais réels
Chambre particulière :	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	
Frais d'accompagnement	25 €/jour
Moins de 16 ans 30 jours par an, Plus de 75 ans 30 jours par an, Autres cas 2 jours par an	
Garanties majorées en cas d'accident de la circulation	
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	30 €/jour
Frais de télévision et de téléphone liés à l'hospitalisation facturés par l'établissement (télévision, téléphone, ...)	100 €/an

OPTIQUE (3)	MAXI+
 Equipement 100% Santé* (monture et verres classe A) :	Remboursement intégral
Equipement hors 100% Santé (monture et verres classe B) :	
- Verre simple	100 €/verre
- Verre complexe	190 €/verre
- Verre très complexe	190 €/verre
- Monture	100 €
Avantage adhérent Equipement 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 €
Lentilles remboursées par l'AMO	100 % BR
Forfait Lentilles remboursées ou non par l'AMO	160 €/an
Avantage adhérent lentilles si achat dans un espace optique PréviFrance	+ 30 €
Chirurgie réfractive de l'œil (myopie, hypermétropie, presbytie)	
- Année 1	200 €/œil
- Année 2	300 €/œil
- Années suivantes	400 €/œil

DENTAIRE (4)	MAXI+
 Soins et Prothèses 100% Santé* (panier sans reste à charge) :	Remboursement intégral
Soins et consultations	200 % BR
Inlay-onlay	200 % BR
Prothèses (Paniers à reste à charge maîtrisé et tarifs libres) remboursées par l'AMO	350 % BR
Inlay-core et inlay-core à clavettes (Paniers à reste à charge maîtrisé et tarifs libres)	350 % BR
Orthodontie remboursée par l'AMO	350 % BR
Implantologie et parodontologie remboursées par l'AMO	350 % BR
Plafond annuel prothèses, soins remboursés voir conditions au verso	
- Année 1	800 €/an
- Année 2	1200 €/an
Panier de soins dentaires affecté à l'un ou plusieurs des postes ci-dessous par an et par bénéficiaire : implantologie, parodontologie, orthodontie et prothèses non remboursées par l'AMO	
- Année 1	400 €/an
- Année 2	500 €/an
- Années suivantes	600 €/an

AIDES AUDITIVES (5)	MAXI+
 Equipement 100% Santé* (Classe 1)	Remboursement intégral
Equipement hors 100% Santé (Classe 2) :	
Aides auditives	100 % BR + 300 €/oreille
Aides auditives - Avantage adhérent si achat dans le centre d'audioprothèse PréviFrance	+ 100 €/oreille

TRANSPORT	MAXI+
Transport	200 % BR

LES PLUS (6)	MAXI+
Cures Thermales : honoraires de surveillance médicale forfait thermal forfait hébergement	100 % BR
Panier de soins affecté à l'un ou plusieurs des postes ci-dessous par an et par bénéficiaire : Amniocentèse, Contraception, Fécondation in vitro, Médicaments (y compris homéopathie) non remboursés ou non remboursables, Ostéodensitométrie, Sevrage tabagique, Vaccins non remboursés par l'AMO	70 €
Forfait séances nombre de séances maximum toutes spécialités énumérées confondues : Acupuncteur, Chiropraticien, Diététicien diplômé d'état, Étiopathie, Microkinésithérapeute, Ostéopathe, Pédicure, Podologue	40 €/séance 3 séances max/an
Actes de prévention 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.

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.

SOINS COURANTS (1)

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

HOSPITALISATION (2)

- 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).
- 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.
- 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€.
- Les forfaits concernant la chirurgie réfractive sont calculés par année d'ancienneté dans la garantie par bénéficiaire et ne sont pas reportables d'une année sur l'autre.

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.
- Le plafond dentaire annuel concerne les prothèses, implants et parodontologie remboursés par l'assurance maladie obligatoire ainsi que les inlay-core et inlay-core à clavettes. La Mutuelle prend en charge à ce titre leur remboursement, dans la limite du montant indiqué. Au-delà, la Mutuelle rembourse ces frais dentaires à hauteur de 100%.
Les plafonds se calculent par année d'ancienneté dans la garantie à partir de la date d'adhésion.

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)

- Les médicaments (y compris homéopathie) non remboursés ou non remboursables sont les médicaments dont le taux de TVA est fixé à 2,10 % ou à 10 % la Mutuelle rembourse ces médicaments sur présentation de la facture originale acquittée.
- 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).

DISPOSITIONS APPLICABLES

- .

VOS AVANTAGES



Mutuelle PréviFrance

- 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 par la Mutuelle à hauteur de 50% pendant 1 an
 - En cas de liquidation judiciaire, si le membre participant a plus de 5 ans d'ancienneté dans la garantie et sous condition de non reprise d'activité.
 - 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 Mutuelle sur présentation de la notification de mise en invalidité. 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
Hospitalisation					
Forfait Journalier hospitalier (hébergement)	20 € (15€ en service psychiatrie)	0,00 €	0,00 €	20 € (15 €)	0,00 €
Chambre particulière (sur demande du patient)	Non connu (NC)	Non remboursé	Non remboursé	70,00 €	Selon les frais engagés
Séjours avec actes lourds					
L'hôpital public inclut la rémunération des praticiens dans les frais de séjour, alors que leurs honoraires sont facturés séparément dans le secteur privé					
Exemple d'une opération chirurgicale de la cataracte, en secteur privé					
Frais de séjour	Différent selon public/privé	BR	BR - 24 €	24 €	0,00 €
Frais de séjour en secteur privé	835,60 €	835,60 €	811,60 €	24,00 €	0,00 €
Honoraires médecins adhérents OPTAM ou OPTAM-CO	Dépassements maîtrisés	BR	100% BR	Dépassements si prévu au contrat	Selon contrat
Opération en secteur privé : honoraires chirurgien	434,00 €	271,70 €	271,70 €	162,30 €	0,00 €
Honoraires médecins secteur 2 (non adhérents OPTAM ou OPTAM-CO)	Honoraires libres	BR	100% BR	Dépassement si prévu au contrat (remboursement des dépassements plafonné à 100% BR)	Selon contrat
Opération en secteur privé : honoraires chirurgien	473,00 €	271,70 €	271,70 €	201,30 €	0,00 €
Séjours SANS actes lourds					
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	0,00 €
Frais de séjour en secteur public	3 541,00 €	3 541,00 €	2 832,80 €	708,20 €	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
Soins courants					
Honoraires médecins secteur 1 (généralistes ou spécialistes)	Tarif de convention	BR	70 % BR – 2 €*	30 % BR	2 € de participation forfaitaire*
Ex : consultation médecin traitant généraliste pour un patient de plus de 18 ans	30,00 €**	30,00 €**	19,00 €**	9,00 €	2,00 €*
Ex : consultation pédiatre pour enfant de 2 à 6 ans	35,00 €**	35,00 €**	24,50 €**	10,50 €	0,00 €
Ex : consultation médecin spécialiste pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie obstétrique, ophtalmologie, dermatologie, etc...)	37,00 €**	37,00 €**	23,90 €**	11,10 €	2,00 €*
Honoraires médecins adhérents OPTAM ou OPTAM-CO	Dépassements maîtrisés	BR	70 % BR – 2 €*	30 % BR + dépassement si prévu au contrat	2 € de participation forfaitaire* plus dépassement selon contrat
Ex : consultation pédiatre pour enfant de 2 à 6 ans	50,00 €	35,00 €**	24,50 €**	25,50 €	0,00 €
Ex : consultation médecin spécialiste pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie obstétrique, ophtalmologie, dermatologie, etc...)	54,00 €	37,00 €**	23,90 €**	28,10 €	2,00 €
Honoraires médecins secteur 2 (non adhérents OPTAM ou OPTAM-CO)	Honoraires libres	BR	70 % BR – 2 €*	30 % BR + dépassement si prévu au contrat (remboursement des dépassements plafonné à 100% BR)	2 € de participation forfaitaire* plus dépassement selon contrat
Ex : consultation pédiatre pour enfant de 2 à 16 ans	62,00 €	23,00 €	16,10 €	25,30 €	20,60 €
Ex : consultation médecin spécialiste pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie obstétrique, ophtalmologie, dermatologie, etc...)	67,00 €	23,00 €	14,10 €	25,30 €	27,60 €
Matériel médical	Tarif moyen facturé	BR	60 % BR	40 % BR + dépassement si prévu au contrat	Selon contrat
Ex : achat d'une paire de béquilles	26,18 €	24,40 €	14,64 €	11,54 €	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
Dentaire					
Soins et prothèses 100% santé	Honoraire limite de facturation (HLF)	BR	60 % BR	40% BR + dépassement dans la limite du plafond des honoraires	0,00 €
Ex : 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
Ex : 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
Ex : couronne céramo-métallique sur molaires	557,00 €	120,00 €	72,00 €	348,00 €	137,00 €
Orthodontie (moins de 16 ans)	Prix moyen national	BR	100 % BR	Dépassement si prévu au contrat	Selon contrat
Ex : traitement par semestre (6 max)	707,00 €	193,50 €	193,50 €	483,75 €	29,75 €
Optique					
Équipement 100% santé	Prix limite de vente (PLV)	BR	60 % BR	40 % BR + dépassement dans la limite des PLV (4)	0,00 €
Ex : Verres simples et monture	42,5 € (par verre) + 30 € (monture)	12,75 € par verre + 9 €	7,65 € par verre + 5,40 €	34,85€ 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 €
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
Verre simple	110,00 €	0,05 €	0,03 €	99,97 €	10,00 €
Monture	146,00 €	0,05 €	0,03 €	99,97 €	46,00 €
Verre progressif	243,00 €	0,05 €	0,03 €	189,97 €	53,00 €
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)	160,00 €	Selon les frais engagés
Chirurgie réfractive	Prix moyen national	Non remboursé	Non remboursé	Prise en charge si prévu au contrat	Selon contrat
Ex opération correctrice de la myopie	NC	Non remboursé (dans le cas général)	Non remboursé	200,00 €	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
Aides auditives					
Équipement 100% santé	Prix limite de vente (PLV)	BR	60 % BR	40 % BR + dépassement dans la limite des PLV	0,00 €
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	1 582,00 €	400,00 €	240,00 €	460,00 €	882,00 €

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