

Ma Santé – Les 6 points clés du contrat

1 - Objet du contrat

Ma Santé est une complémentaire santé individuelle qui :

- Allie souplesse et simplicité dans le choix de la solution.
- Aide les clients à maîtriser leur budget.
- Récompense leur fidélité.

2 - Fonctionnement du contrat (modalités de l'adhésion, modalités de versements, supports, dénouement)

Les grands principes de Ma Santé :

Modulable :

- Une offre personnalisée, adaptée aux besoins et au budget du client.
- Des garanties supplémentaires pour améliorer sa couverture grâce aux modules Hospi, Optique / Dentaire et Confort.
- La souplesse avec la possibilité de modifier sa couverture si les besoins évoluent.

Facile à comprendre :

- Des formules qui s'adressent à tous.
- Des garanties optique exprimées en euro.
- Un simulateur de remboursement pour anticiper les dépenses.
- Tout cela englobé dans 7 formules.

Attractive :

- Des tarifs dans le marché avec des réductions ciblées.
- Un meilleur remboursement en Optique / Dentaire grâce à notre réseau de partenaire Itelis.
- Un bonus de fidélité qui augmente au fil des ans.
- Une formule entrée de gamme : Ma Santé Éco avec un prix d'appel compétitif.
- Des services d'assistance et des engagements vis-à-vis du client.

3 - Garanties du contrat (en cas de vie, en cas de décès)

La gamme Ma Santé est composée de 7 formules + 3 modules complémentaires :

Hospi	Eco	100 %	125 %	150 %	200 %	400 %
Module optique / dentaire						
Module Hospi						
Module Confort						

La gamme est structurée autour de ces 7 formules, sur lesquelles il est possible de varier le niveau des garanties hospitalisation, optique / dentaire et soin courants (Confort).

Ma santé – Les 6 points clés du contrat

Les différentes formules de Ma Santé se répartissent en trois grands groupes :

Formules « Coup dur » ✓		Formules Cœur de gamme ✓			Formules Haut de gamme ✓	
Hospi	Eco	100 %	125 %	150 %	200 %	400 %
Une couverture en cas de coup dur avec le remboursement de l'ensemble des frais d'hospitalisation.	Un produit d'appel au tarif compétitif et couvrant les postes clés (hospitalisation, médecine, pharmacie)	Une protection sur l'ensemble des postes au meilleur prix.	Un produit qui s'équilibre parfaitement entre les remboursements et le respect du budget.	Pour être mieux remboursé sur les dépassements d'honoraires.	Une couverture optimale sur l'ensemble des postes, et des services d'assistance complémentaires.	Une protection intégrale avec des prestations élevées.

4 – Frais du contrat (les différents types de frais du contrat : frais d'adhésion, sur versements réguliers ou complémentaires, frais de gestion...)

Il n'y a aucun frais sur Ma Santé :

- Frais de dossier
- Frais de gestion

5 - Fiscalité du contrat :

Les remboursements offerts par Ma Santé ne sont pas fiscalisés.

6 - Qualité de signature (atouts d'AXA par rapport au marché)

Une formule personnalisée :

- Une **solution sur mesure** pour répondre aux besoins et au budget de chaque client.
- Un **positionnement tarifaire** très concurrentiel.

Une souscription simplifiée :

- Pas de limite d'âge.
- Pas de délai d'attente.

Le tiers-Payant : Pas d'avance de frais chez de nombreux professionnels de santé.

La fidélité récompensée : Avec le temps, le niveau de remboursement augmente sur la formule de base mais aussi sur le(s) module(s) choisi(s).

L'avantage famille :

- **La couverture Ma Santé devient gratuite à partir du 3^{ème} enfant.**
- **10% de réduction** dès 3 personnes assurées au contrat.

Un réseau de partenaires :

- **Itelis 6 000 professionnels** en France
- **De meilleurs remboursements**
- Des prix négociés et des réductions



Ma Santé 125% Néo



Règles générales applicables aux garanties

Les mots ou expressions soulignés sont définis dans le lexique de vos Conditions générales ou de votre Notice d'information.

Bien comprendre votre tableau de garanties

Nous prenons en charge uniquement les frais qui ont préalablement donné lieu à un remboursement par votre régime obligatoire d'assurance maladie français sauf lorsque cela est explicitement mentionné dans le tableau de garanties.

Vos garanties sont exprimées **en pourcentage de la base de remboursement de la Sécurité sociale**, en forfait en Euro ou en une combinaison des deux.

■ **Les pourcentages intègrent les remboursements de votre régime obligatoire d'assurance maladie.** Notre remboursement couvre la différence entre le taux remboursé par la Sécurité sociale et le taux affiché.

■ Les forfaits exprimés en Euro s'entendent **par assuré**. Lorsqu'ils sont définis par an, il s'agit de l'année d'assurance. Ils viennent en complément des remboursements de votre régime obligatoire d'assurance maladie français sauf indication spécifique. Ces forfaits ne sont pas reportables d'une année sur l'autre.

Les garanties "100% santé" et les garanties à tarifs limités ou libres ne se cumulent pas.

Les garanties du tableau sont explicitées dans vos Conditions générales ou votre Notice d'information.

Bon à savoir

- Le total des remboursements que vous percevez ne peut en aucun cas dépasser les frais réels engagés.
- La participation forfaitaire ainsi que les franchises sur les médicaments, sur les actes effectués par un auxiliaire médical et sur les transports ne sont pas prises en charge.
- Si vous ne respectez pas le parcours de soins, nous ne prenons pas en charge l'ensemble des pénalités appliquées par la Sécurité sociale (majoration du ticket modérateur, augmentation autorisée des tarifs conventionnels).

Des exclusions et des limitations de garanties générales sont indiquées dans vos Conditions générales ou votre Notice d'information. Pour les soins à l'étranger, se reporter à la rubrique « Soins à l'étranger » dans vos Conditions générales ou votre Notice d'information.

HOSPITALISATION

Honoraires

Honoraires des médecins (y compris chirurgiens) ayant adhéré à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (DPTAM)

145%⁽¹⁾

Honoraires des médecins (y compris chirurgiens) n'ayant pas adhéré à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (DPTAM)

125%⁽¹⁾

⁽¹⁾ Les 3 premiers mois d'assurance le taux de remboursement est limité à 100%, sauf en cas d'accident, dans ce cas le taux entier est appliqué, ou en cas de reprise de contrat à la concurrence, dans ce cas le taux de votre ancien contrat est appliqué sans pouvoir excéder les limites prévues au tableau ci-dessus. Cela s'applique à la souscription du contrat et lors de l'ajout d'un bénéficiaire à l'exception des nouveau-nés.

Frais de séjour

Ticket modérateur sur le prix de journée ou sur les actes peu coûteux, participation forfaitaire pour les actes coûteux

- En établissement conventionné
- En établissement non conventionné

Frais réels

100%

Forfait journalier hospitalier

Forfait journalier hospitalier

Frais réels

Chambre particulière et lit pour accompagnant

Chambre particulière non remboursée par la Sécurité sociale (dans la limite de 30 jours par année d'assurance en moyen séjour)

- avec nuitée
- sans nuitée (en ambulatoire)

60 € /jour

30 € /jour

Lit pour accompagnant non remboursé par la Sécurité sociale

15 € /jour

Confort à l'hôpital

Télévision, connexion internet, téléphone (dans la limite de 30 jours par année d'assurance en moyen séjour)

3 € /jour

Hospitalisation à domicile (HAD)

Hospitalisation à domicile (HAD)

125%

SOINS COURANTS		
Honoraires médicaux		
Consultations, visites et actes (radio, petite chirurgie) de médecins généralistes et spécialistes ayant adhéré à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (DPTAM)		145%
Consultations, visites et actes (radio, petite chirurgie) de médecins généralistes et spécialistes n'ayant pas adhéré à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (DPTAM)		125%
Analyses et examens de laboratoire		
Examens médicaux (biologie, analyse médicale)		125%
Honoraires paramédicaux		
Auxiliaires médicaux (par exemple : infirmier et infirmière, sage-femme, kinésithérapeute, orthophoniste, orthoptiste)		125%
Médicaments		
Médicaments à service médical rendu majeur ou important (ex-vignette blanche)		100%
Médicaments à service médical rendu modéré (ex-vignette bleue)		100%
Médicaments à service médical rendu faible (ex-vignette orange)		Non pris en charge
Matériel médical		
Prothèses, pansements, petits matériels et autres produits définis sur la Liste des Produits et Prestations remboursables de la Sécurité sociale (hors lunettes et aides auditives pour lesquelles se référer à leurs lignes spécifiques).		125%
Médecine douce et prévention		
Médecine douce (ostéopathe, chiropracteur, acupuncteur, pédicure-podologue) et psychothérapeute non remboursés par la Sécurité sociale		25 € /séance
- Nombre de séances remboursées toutes spécialités confondues	1 ^{re} , 2 ^e année ----- 3 ^e année et +	3 séances /an ----- 6 séances /an
Forfait prévention		
- Sevrage tabagique : Tous les médicaments et produits à base de nicotine prescrits par un médecin, dans un but de sevrage tabagique (avec Autorisation de Mise sur le Marché ou norme Afnor) même non remboursés par la Sécurité sociale		70 € /an
- Vaccin antigrippe prescrit même non remboursé par la Sécurité sociale		
- Consultation diététicien non remboursée par la Sécurité sociale		
TRANSPORT SANITAIRE		
Transports prescrits pour l'hospitalisation ou la médecine de ville		125%
OPTIQUE		
La prise en charge des lunettes est limitée à une paire tous les 2 ans pour les personnes de 16 ans et plus et à une paire tous les ans pour les enfants de moins de 16 ans , sauf en cas d'évolution de la vue objectivée par une nouvelle prescription médicale ophtalmologique.		
Le montant remboursé pour un équipement (2 verres + une monture) est dans tous les cas limité aux plafonds définis par la réglementation des contrats responsables.		
Les forfaits en Euro sur les lunettes (verres ou montures) intègrent le remboursement de la Sécurité sociale et l'éventuel remboursement complémentaire des régimes locaux ou spéciaux (Alsace-Moselle, SNCF, etc.)		
Se reporter à vos Conditions générales ou à votre Notice d'information pour plus de précisions sur les conditions de renouvellement et sur la réglementation applicable.		
Equipements "100% santé"		
Lunettes "100% santé", verres et monture de classe A, telles que définies par la réglementation		Frais réels dans la limite des prix limites de vente définis par la réglementation
Lunettes à tarifs libres		
Verres de classe B		Grille optique A
La Grille optique A vous permet un remboursement sans reste à charge dans le réseau Itelis sur une sélection de verres et de traitements. Elle définit un forfait de remboursement par verre en fonction de leur correction en dehors du réseau Itelis. La Grille optique A est décrite en annexe de ce document.		
Monture de classe B	1 ^{re} , 2 ^e année ----- 3 ^e année ----- 4 ^e année et +	50 € pour la monture ----- 75 € pour la monture ----- 100 € pour la monture
Lentilles		
Les lentilles prescrites sont prises en charge même si non remboursées par la Sécurité sociale. Le ticket modérateur des lentilles remboursées par la Sécurité sociale est pris en charge même si le forfait annuel est épuisé.		120 € /an
Chirurgie réfractive		
Opération de la myopie, de l'hypermétropie, de l'astigmatisme et de la presbytie par laser, non remboursée par la Sécurité sociale		170 € /œil

DENTAIRE	
Soins	
Consultations et soins dentaires (hors inlays-onlays d'obturation), chirurgie et parodontologie remboursée	125%
Prothèses	
Prothèses à tarifs limités, prothèses à tarifs libres, inlays-onlays d'obturation	
Les prothèses à tarifs limités et les prothèses à tarifs libres sont définies par la réglementation. Pour les prothèses à tarifs limités, notre garantie ne peut dépasser les honoraires limites de facturation réglementaires.	1 ^{re} , 2 ^e année 100% + 170 € /an
Les prothèses à tarifs limités incluent certaines couronnes céramo-métalliques sur deuxièmes prémolaires et molaires ; les prothèses à tarifs libres incluent certaines couronnes céramo-céramiques (se reporter à vos Conditions générales ou à votre Notice d'information pour trouver plus d'exemples et les références précises à la réglementation).	3 ^e année 100% + 250 € /an
Le forfait en Euro est utilisable pour les implants et la parodontologie non remboursés par la Sécurité sociale.	4 ^e année et + 100% + 300 € /an
Soins et prothèses "100% santé"	
Les soins et prothèses "100% santé" sont définis par la réglementation. Ces prothèses incluent certaines couronnes céramo-métalliques sur incisives, canines et premières prémolaires, certaines couronnes métalliques sur les autres dents (se reporter à vos Conditions générales ou à votre Notice d'information pour trouver plus d'exemples et les références précises à la réglementation).	Frais réels dans la limite des honoraires limites de facturation définis par la réglementation
Orthodontie	
Orthodontie (versé par semestre)	1 ^{re} , 2 ^e année 100 €/sem. (soit 200 € /an)
	3 ^e année 150 €/sem. (soit 300 € /an)
	4 ^e année et + 200 €/sem. (soit 400 € /an)
AIDES AUDITIVES	
La prise en charge des aides auditives est limitée à un équipement par oreille tous les 4 ans. Ce délai de renouvellement s'entend pour chaque oreille indépendamment.	
Le remboursement d'une aide auditive ne peut pas excéder 1 700 €. Conformément à la réglementation, ce plafond de 1 700 € est calculé en y incluant le remboursement du régime obligatoire et le remboursement complémentaire éventuel des régimes locaux ou spéciaux (Alsace-Moselle, SNCF, etc.), .	
Equipements "100% santé"	
Les aides auditives "100% santé" (classe I) sont définies par la réglementation (se reporter à vos Conditions générales ou à votre Notice d'information).	Frais réels dans la limite des prix limites de vente définis par la réglementation
Aides auditives à tarifs libres	
Aides auditives à tarifs libres (classe II)	710 € /oreille
Accessoires	
Accessoires, entretien et piles pour appareil auditif	125%
CURE THERMALE	
Cure thermale	Non pris en charge
ASSISTANCE	
La description ci-dessous est un résumé des garanties d'assistance. Se référer à vos Conditions générales ou votre Notice d'information pour avoir la description complète des garanties, des limitations et des conditions d'utilisation.	
Aide-ménagère suite à une hospitalisation de plus de 24 heures et par dérogation dans les cas prévus dans vos Conditions générales ou votre Notice d'information	Dans la limite de 40 heures par an
Garde-malade suite à une hospitalisation de plus de 24 heures	Une fois par an dans la limite de 40 heures
Garde-enfants pendant une hospitalisation de plus de 24 heures	Une fois par an dans la limite de 40 heures
Garde-animaux pendant une hospitalisation de plus de 24 heures	Une fois par an dans la limite de 250 €
Soutien scolaire suite à une immobilisation au domicile ou une hospitalisation	12 semaines par an dans la limite de 15 heures par semaine

Document non contractuel

AXA France Vie - S.A. au capital de 487 725 073,50 € - RCS Nanterre 310 499 959- TVA intracommunautaire n° FR 62 310 499 959. AXA Assurances Vie Mutuelle - Société d'assurance mutuelle sur la vie et de capitalisation à cotisations fixes - Siren 353 457 245 - TVA intracommunautaire n° FR 48 353 457 245. AXA France IARD - S.A. au capital de 214 799 030 € - RCS Nanterre 722 057 460 - TVA intracommunautaire n° FR 14 722 057 460. AXA Assurances IARD Mutuelle - Société d'assurance mutuelle à cotisations fixes contre l'incendie, les accidents et risques divers - Siren 775 699 309 - TVA intracommunautaire n° FR 39 775 699 309. Sièges sociaux : 313, Terrasses de l'Arche 92727 Nanterre Cedex. **Entreprises régies par le Code des assurances.**



Grille optique A



Grille optique A

Correction			Dans le réseau Itelis	Hors réseau Itelis		
Niveau de correction	Sphère ou Sphère + Cylindre	Cylindre	Itelis a sélectionné pour vous des verres organiques de marques adaptés à votre niveau de correction visuelle.	Verre Unifocal	Verre Multifocal	
				Garantie par verre Le forfait indiqué inclut le remboursement de votre régime obligatoire		
Faible	Sphère	[-2; +2]	<p>Les verres proposés par votre opticien partenaire Itelis appartiennent au panier 100% santé. A ce titre, vous n'aurez aucun reste à charge.</p> <p>Si vous choisissez des verres du panier libre (classe B), vous bénéficiez des prix négociés par le réseau Itelis et d'un remboursement dans la limite des prix limite de vente définis dans la réglementation 100% santé (cf. montants ci-contre "Hors réseau Itelis").</p>	32,50 €	75,00 €	
	Sphère	[-2; 0]		0] ; +4]	37,50 €	90,00 €
	Sphère + Cylindre	[0; +2]		> 0	37,50 €	80,00 €
Modéré	Sphère	[-4; -2[ou]+2; +4]		0	37,50 €	80,00 €
	Sphère	[-4; -2[		0] ; +4]	42,50 €	95,00 €
	Sphère + Cylindre	] +2; +4]		> 0	47,50 €	90,00 €
Moyen	Sphère	[-6; -4[ou]+4; +6]		0	52,50 €	105,00 €
	Sphère	[-6; -4[		0] ; +4]	75,00 €	90,00 €
	Sphère + Cylindre	] +4; +6]		> 0	75,00 €	105,00 €
Élevé	Sphère	[-8; -6[ou]+6; +8]		0	75,00 €	90,00 €
	Sphère	[-8; -6[		0] ; +4]	75,00 €	105,00 €
	Sphère + Cylindre	] +6; +8]		> 0	75,00 €	115,00 €
Très élevé	Sphère	[-2; 0]		> +4	75,00 €	120,00 €
	Sphère	[-4; -2[		> +4	75,00 €	130,00 €
	Sphère	[-8; -4[		> +4	75,00 €	130,00 €
	Sphère	< -8 ou > +8	0	97,50 €	130,00 €	
	Sphère	< -8	0] ; +4]	102,50 €	145,00 €	
	Sphère + Cylindre	> 8	> 0	117,50 €	170,00 €	
				102,50 €	145,00 €	

Tous les verres sans reste à charge sélectionnés par Itelis disposent d'un indice d'amincissement, d'un traitement anti-rayure et anti-reflet conformes à la réglementation 100% santé. Dans le réseau Itelis, vous bénéficiez également d'une traçabilité des produits.

Document non contractuel

AXA France Vie - S.A. au capital de 487 725 073,50 € - RCS Nanterre 310 499 959- TVA intracommunautaire n° FR 62 310 499 959. AXA Assurances Vie Mutuelle - Société d'assurance mutuelle sur la vie et de capitalisation à cotisations fixes - Siren 353 457 245 - TVA intracommunautaire n° FR 48 353 457 245 . AXA France IARD - S.A. au capital de 214 799 030 € - RCS Nanterre 722 057 460 - TVA intracommunautaire n° FR 14 722 057 460. AXA Assurances IARD Mutuelle - Société d'assurance mutuelle à cotisations fixes contre l'incendie, les accidents et risques divers - Siren 775 699 309 - TVA intracommunautaire n° FR 39 775 699 309. Sièges sociaux : 313, Terrasses de l'Arche 92727 Nanterre Cedex. Entreprises régies par le Code des assurances.





Ma Santé 125 % Neo



Exemples de Remboursement¹

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 psychiatrique)	0 €	0 €	20 € (15 €)	0 €
Chambre particulière (sur demande du patient)	Non connu (NC)	Non remboursé	Non remboursé	60 € /jour	Selon contrat
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 €
Frais de séjour en secteur privé	Tarif moyen de 745,54 €	745,54 €	721,54 €	24 €	0 €
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	Tarif moyen de 355 €	271,70 €	271,70 €	83,30 €	0 €
Honoraires médecins secteur 2 (non adhérents OPTAM ou OPTAM-CO)	Honoraires libres	BR	100 % BR	Dépassement si prévu au contrat (remboursement des dépassements plafonné à 100 % BR)	Selon contrat
Opération en secteur privé : honoraires chirurgien	Tarif moyen de 447 €	271,70 €	271,70 €	67,92 €	107,38 €
Séjours sans acte lourd					
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'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 3 270,12 €	3 270,12 €	2 616,10 €	654,02 €	0 €
Soins courants					
Honoraires médecins secteur 1 (généralistes ou spécialistes)	Tarif de convention	BR	70 % BR - 1 €	30 % BR	1 € de participation forfaitaire
<i>Ex : consultation médecin traitant généraliste pour un patient de plus de 18 ans</i>	25 €	25 €	16,50 €	7,50 €	1 € de participation forfaitaire
<i>Ex : consultation pédiatre pour enfant de moins de 6 ans</i>	32 €	32 €	22,40 €	9,60 €	0 €
<i>Ex : consultation médecin spécialiste pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie, ophtalmologie, dermatologie, etc.)</i>	30 €	30 €	20 €	9 €	1 € de participation forfaitaire

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
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
<i>Ex : consultation pédiatre pour enfant de moins de 6 ans</i>	32 €	32 €	22,40 €	9,60 €	0 €
<i>Ex : consultation médecin spécialiste pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie, ophtalmologie, dermatologie, etc.)</i>	44 €	30 €	20 €	22,50 €	1,50 €
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
<i>Ex : consultation pédiatre pour enfant de 2 à 16 ans</i>	55 €	23 €	16,10 €	12,65 €	26,25 €
<i>Ex : consultation médecin spécialiste pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie, ophtalmologie, dermatologie, etc.)</i>	57 €	23 €	15,10 €	12,65 €	29,25 €
Matériel médical	Tarif moyen facturé	BR	60 % BR	40 % BR + dépassement si prévu au contrat	Selon contrat
<i>Ex : achat d'une paire de béquilles</i>	25,80 €	24,40 €	14,64 €	11,16 €	0 €
Dentaire					
Soins et prothèses 100 % santé	Prix moyen national	BR	70 % BR	30 % BR + dépassement dans la limite du plafond des honoraires	0 €
<i>Ex : pose d'une couronne céramo-métallique sur incisives, canines et premières prémolaires</i>	500 €	120 €	84 €	416 €	0 €
Soins (hors 100 % santé)	Tarif de convention	BR	70 % BR	30 % BR + dépassement si prévu au contrat	Selon contrat
<i>Ex : détartrage</i>	43,38 €	43,38 €	30,36 €	13,02 €	0 €
Prothèses (hors 100 % santé)	Prix moyen national	BR	70 % BR	30 % BR + dépassement si prévu au contrat	Selon contrat
<i>Ex : couronne céramo-métallique sur molaires</i>	537,48 €	120 €	84 €	206 €	247,48 €
Orthodontie (moins de 16 ans)	Prix moyen national	BR	100 % BR	Dépassement si prévu au contrat	Selon contrat
<i>Ex : traitement par semestre (6 max)</i>	720 €	193,50 €	193,50 €	100 €	426,50 €

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
Optique					
Équipement 100 % santé	Prix moyen national	BR	60 % BR	40 % BR + dépassement dans la limite des PLV⁴	0 €
<i>Ex : verres simples et monture</i>	41 € (par verre) + 30 € (monture)	12,75 € par verre + 9 €	7,65 € par verre + 5,40 €	33,35 € par verre + 24,60 €	0 €
<i>Ex : verres progressifs et monture</i>	90 € (par verre) + 30 € (monture)	27 € par verre + 9 €	16,20 € par verre + 5,40 €	73,80 € par verre + 24,60 €	0 €
Équipement (hors 100 % santé)	Prix moyen national	BR	60 % BR	40 % BR + dépassement si prévu au contrat, dans la limite des plafonds réglementaires	Selon contrat
<i>Ex : verres simples et monture</i>	100 € (par verre) + 139 € (monture)	0,05 € par verre + 0,05 €	0,03 € par verre + 0,03 €	37,47 € par verre + 49,97 €	62,5 € (par verre) + 89 € (monture)
<i>Ex : verres progressifs et monture</i>	231 € (par verre) + 139 € (monture)	0,05 € par verre + 0,05 €	0,03 € par verre + 0,03 €	89,97 € par verre + 49,97 €	141 € (par verre) + 89 € (monture)
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
<i>Forfait annuel</i>	NC	Non remboursé (dans le cas général)	Non remboursé (dans le cas général)	120 €	Selon contrat
Chirurgie réfractive	Prix moyen national	Non remboursé	Non remboursé	Prise en charge si prévu au contrat	Selon contrat
<i>Ex : opération correctrice de la myopie</i>	NC	Non remboursé	Non remboursé	170 €	Selon contrat
Aides auditives					
Équipement 100 % santé	Prix moyen national	BR	60 % BR	40 % BR + dépassement dans la limite des PLV	0 €
<i>Par oreille pour un patient de plus de 20 ans</i>	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
<i>Par oreille pour un patient de plus de 20 ans</i>	1 476 €	400 €	240 €	710 €	526 €

1 : Les exemples de remboursements sont donnés pour un assuré sans taux de prise en charge particulier et respectant le parcours de soins coordonnés

2 : Les contrats sont dits « responsables » quand ils respectent des obligations fixées par la réglementation, notamment des minimums et maximums de remboursement ainsi que des interdictions de prise en charge. Pour aller plus loin, consulter le Glossaire de l'assurance complémentaire santé

3 : La BR est un tarif de « référence » fixé pour chaque acte, chaque produit, chaque dispositif médical. L'assurance maladie obligatoire ne rembourse dans la plupart des cas qu'un % de la BR, à un taux différent selon les actes, produits de santé, dispositifs médicaux, le complément étant apporté par l'assurance maladie complémentaire.

4 : Prix limite de vente

Ce document présente des exemples de remboursements en euros par l'assurance maladie et par votre contrat complémentaire santé, parmi les cas les plus fréquents et selon le niveau de couverture choisi. Ils ne correspondent pas forcément à vos besoins ou à votre situation mais, ils vous permettent de comprendre, choisir ou comparer les tableaux de garantie. Ils ne peuvent se substituer aux documents contractuels qui seuls engagent l'organisme de complémentaire santé. Ils ont été construits sur la base des données communiquées par l'assurance maladie obligatoire et en s'appuyant sur le Glossaire de l'assurance complémentaire santé édicté par l'UNOCAM (<https://unocam.fr/ressources/documents-a-telecharger/>)