

Exemples de Remboursement 2022 ¹ - Régime Général

MY PROFIL'R - Initiale

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	Non remboursé	Non remboursé	Non garanti	Non connu
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 €	0 €	83,30 €
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 €	0 €	175,30 €
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 €

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 de Remboursement 2022 ¹ - Régime Général

MY PROFIL'R - Initiale

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 – 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
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 €	9 €	15 €
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 €	6,90 €	32 €
<i>Ex : consultation médecin spécialiste pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie, ophtalmologie, dermatologie, etc...)</i>	57 €	23 €	15,10 €	6,90 €	35 €
Matériel médical	Tarif moyen facturé	BR	60 % BR	40 % BR + DP si prévu au contrat	Selon contrat
<i>Ex : achat d'une paire de béquilles</i>	25,80 €	24,40 €	14,64 €	9,76 €	1,40 €

Exemples de Remboursement 2022 ¹ - Régime Général

MY PROFIL'R - Initiale

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	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 €	36 €	417,48 €
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 €	0 €	526,50 €
OPTIQUE					
Équipement 100 % santé	Prix moyen national	BR	60 % BR	40 % BR + dépassement dans la limite des PLV ⁴	0 €
<i>Ex : Verres simples et monture (plus de 16 ans)</i>	41 € (par verre) + 30 € (monture)	12,75 € par verre + 9 € (monture)	7,65 € par verre + 5,40 € (monture)	33,35 € par verre + 24,60 € (monture)	0 €
<i>Ex : Verres progressifs et monture (plus de 16 ans)</i>	90 € (par verre) + 30 € (monture)	27 € par verre + 9 € (monture)	16,20 € par verre + 5,40 € (monture)	73,80 € par verre + 24,60 € (monture)	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 (plus de 16 ans)</i>	100 € (par verre) + 139 € (monture)	0,05 € par verre + 0,05 € (monture)	0,03 € par verre + 0,03 € (monture)	0,02 € par verre + 0,02 € (monture)	99,95 € par verre + 138,95 € (monture)
<i>Ex : Verres progressifs et monture (plus de 16 ans)</i>	231 € (par verre) + 139 € (monture)	0,05 € par verre + 0,05 € (monture)	0,03 € par verre + 0,03 € (monture)	0,02 € par verre + 0,02 € (monture)	230,95 € par verre + 138,95 € (monture)

Exemples de Remboursement 2022 ¹ - Régime Général

MY PROFIL'R - Initiale

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					
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>	<i>Non connu</i>	<i>Non remboursé</i>	<i>Non remboursé</i>	<i>Non garanti</i>	<i>Non connu</i>
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>	<i>Non connu</i>	<i>Non remboursé</i>	<i>Non remboursé</i>	<i>Non garanti</i>	<i>Non connu</i>
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>	<i>950 €</i>	<i>400 €</i>	<i>240 €</i>	<i>710 €</i>	<i>0 €</i>
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>	<i>1 476 €</i>	<i>400 €</i>	<i>240 €</i>	<i>160 €</i>	<i>1 076 €</i>

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

MBTP SE – Mutuelle affiliée à la FNMF, régie par les dispositions du livre II du Code de la Mutualité et immatriculée sous le n° 390 917 953 dont le siège social est situé
5 rue Jean-Marie Chavant 69369 Lyon Cedex 07
Octobre 2022 - SP22/FCR0334

Document non contractuel à caractère informatif.

Exemples de Remboursement 2022 ¹ - Régime Général

MY PROFIL'R - Essentielle

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	Non remboursé	Non remboursé	Selon contrat et dans la limite de 50 €/jour	Non connu
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 €	175,30 €	0 €
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 €

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 de Remboursement 2022 ¹ - Régime Général

MY PROFIL'R - Essentielle

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 – 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
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 €	23 €	1 € de participation forfaitaire
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 €	25,30 €	13,60 €
<i>Ex : consultation médecin spécialiste pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie, ophtalmologie, dermatologie, etc...)</i>	57 €	23 €	15,10 €	25,30 €	16,60 €
Matériel médical	Tarif moyen facturé	BR	60 % BR	40 % BR + DP si prévu au contrat	Selon contrat
<i>Ex : achat d'une paire de béquilles</i>	25,80 €	24,40 €	14,64 €	11,16 €	0 €

Exemples de Remboursement 2022 ¹ - Régime Général

MY PROFIL'R - Essentielle

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	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 €	96 €	357,48 €
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 €	193,50 €	333 €
OPTIQUE					
Équipement 100 % santé	Prix moyen national	BR	60 % BR	40 % BR + dépassement dans la limite des PLV ⁴	0 €
<i>Ex : Verres simples et monture (plus de 16 ans)</i>	41 € (par verre) + 30 € (monture)	12,75 € par verre + 9 € (monture)	7,65 € par verre + 5,40 € (monture)	33,35 € par verre + 24,60 € (monture)	0 €
<i>Ex : Verres progressifs et monture (plus de 16 ans)</i>	90 € (par verre) + 30 € (monture)	27 € par verre + 9 € (monture)	16,20 € par verre + 5,40 € (monture)	73,80 € par verre + 24,60 € (monture)	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 (plus de 16 ans)</i>	100 € (par verre) + 139 € (monture)	0,05 € par verre + 0,05 € (monture)	0,03 € par verre + 0,03 € (monture)	59,97 € par verre + 79,97 € (monture)	40 € par verre + 59 € (monture)
<i>Ex : Verres progressifs et monture (plus de 16 ans)</i>	231 € (par verre) + 139 € (monture)	0,05 € par verre + 0,05 € (monture)	0,03 € par verre + 0,03 € (monture)	134,97 € par verre + 79,97 € (monture)	96 € par verre + 59 € (monture)

Exemples de Remboursement 2022 ¹ - Régime Général

MY PROFIL'R - Essentielle

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					
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>	<i>Non connu</i>	<i>Non remboursé</i>	<i>Non remboursé</i>	<i>Selon contrat et dans la limite de 125 €</i>	<i>Non connu</i>
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>	<i>Non connu</i>	<i>Non remboursé</i>	<i>Non remboursé</i>	<i>Non garanti</i>	<i>Non connu</i>
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>	<i>950 €</i>	<i>400 €</i>	<i>240 €</i>	<i>710 €</i>	<i>0 €</i>
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>	<i>1 476 €</i>	<i>400 €</i>	<i>240 €</i>	<i>460 €</i>	<i>776 €</i>

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

MBTP SE – Mutuelle affiliée à la FNMF, régie par les dispositions du livre II du Code de la Mutualité et immatriculée sous le n° 390 917 953 dont le siège social est situé
5 rue Jean-Marie Chavant 69369 Lyon Cedex 07
Octobre 2022 - SP22/FCR0334

Document non contractuel à caractère informatif.

Exemples de Remboursement 2022 ¹ - Régime Général

MY PROFIL'R - Equilibre

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	Non remboursé	Non remboursé	Selon contrat et dans la limite de 60 €/jour	Non connu
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 €	175,30 €	0 €
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 €

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 de Remboursement 2022 ¹ - Régime Général

MY PROFIL'R - Equilibre

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 – 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
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 €	23 €	1 € de participation forfaitaire
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 €	29,90 €	9 €
<i>Ex : consultation médecin spécialiste pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie, ophtalmologie, dermatologie, etc...)</i>	57 €	23 €	15,10 €	29,90 €	12 €
Matériel médical	Tarif moyen facturé	BR	60 % BR	40 % BR + DP si prévu au contrat	Selon contrat
<i>Ex : achat d'une paire de béquilles</i>	25,80 €	24,40 €	14,64 €	11,16 €	0 €

Exemples de Remboursement 2022 ¹ - Régime Général

MY PROFIL'R - Equilibre

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	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 €	216 €	237,48 €
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 €	425,70 €	100,80 €
OPTIQUE					
Équipement 100 % santé	Prix moyen national	BR	60 % BR	40 % BR + dépassement dans la limite des PLV ⁴	0 €
<i>Ex : Verres simples et monture (plus de 16 ans)</i>	41 € (par verre) + 30 € (monture)	12,75 € par verre + 9 € (monture)	7,65 € par verre + 5,40 € (monture)	33,35 € par verre + 24,60 € (monture)	0 €
<i>Ex : Verres progressifs et monture (plus de 16 ans)</i>	90 € (par verre) + 30 € (monture)	27 € par verre + 9 € (monture)	16,20 € par verre + 5,40 € (monture)	73,80 € par verre + 24,60 € (monture)	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 (plus de 16 ans)</i>	100 € (par verre) + 139 € (monture)	0,05 € par verre + 0,05 € (monture)	0,03 € par verre + 0,03 € (monture)	74,97 € par verre + 99,97€ (monture)	25 € par verre + 39 € (monture)
<i>Ex : Verres progressifs et monture (plus de 16 ans)</i>	231 € (par verre) + 139 € (monture)	0,05 € par verre + 0,05 € (monture)	0,03 € par verre + 0,03 € (monture)	189,97 € par verre + 99,97€ (monture)	41 € par verre + 39 € (monture)

Exemples de Remboursement 2022 ¹ - Régime Général

MY PROFIL'R - Equilibre

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					
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>	<i>Non connu</i>	<i>Non remboursé</i>	<i>Non remboursé</i>	<i>Selon contrat et dans la limite de 175 €</i>	<i>Non connu</i>
Chirurgie réfractive	Prix moyen national	Non remboursé	Non remboursé	Prise en charge si prévu au contrat	Selon contrat
<i>Ex : opération corrective de la myopie</i>	<i>Non connu</i>	<i>Non remboursé</i>	<i>Non remboursé</i>	<i>Selon contrat et dans la limite de 300 €/œil</i>	<i>Non connu</i>
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>	<i>950 €</i>	<i>400 €</i>	<i>240 €</i>	<i>710 €</i>	<i>0 €</i>
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>	<i>1 476 €</i>	<i>400 €</i>	<i>240 €</i>	<i>660 €</i>	<i>576 €</i>

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

Exemples de Remboursement 2022 ¹ - Régime Général

MY PROFIL'R - Privilège

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	Non remboursé	Non remboursé	Selon contrat et dans la limite de 100 €/jour	Non connu
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 €	175,30 €	0 €
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 €

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 de Remboursement 2022 ¹ - Régime Général

MY PROFIL'R - Privilège

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 – 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
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 €	23 €	1 € de participation forfaitaire
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 €	29,90 €	9 €
<i>Ex : consultation médecin spécialiste pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie, ophtalmologie, dermatologie, etc...)</i>	57 €	23 €	15,10 €	29,90 €	12 €
Matériel médical	Tarif moyen facturé	BR	60 % BR	40 % BR + DP si prévu au contrat	Selon contrat
<i>Ex : achat d'une paire de béquilles</i>	25,80 €	24,40 €	14,64 €	11,16 €	0 €

Exemples de Remboursement 2022 ¹ - Régime Général

MY PROFIL'R - Privilège

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	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 €	453,48 €	0 €
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 €	526,50 €	0 €
OPTIQUE					
Équipement 100 % santé	Prix moyen national	BR	60 % BR	40 % BR + dépassement dans la limite des PLV ⁴	0 €
<i>Ex : Verres simples et monture (plus de 16 ans)</i>	41 € (par verre) + 30 € (monture)	12,75 € par verre + 9 € (monture)	7,65 € par verre + 5,40 € (monture)	33,35 € par verre + 24,60 € (monture)	0 €
<i>Ex : Verres progressifs et monture (plus de 16 ans)</i>	90 € (par verre) + 30 € (monture)	27 € par verre + 9 € (monture)	16,20 € par verre + 5,40 € (monture)	73,80 € par verre + 24,60 € (monture)	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 (plus de 16 ans)</i>	100 € (par verre) + 139 € (monture)	0,05 € par verre + 0,05 € (monture)	0,03 € par verre + 0,03 € (monture)	99,97 € par verre + 99,97 € (monture)	0 € par verre + 39 € (monture)
<i>Ex : Verres progressifs et monture (plus de 16 ans)</i>	231 € (par verre) + 139 € (monture)	0,05 € par verre + 0,05 € (monture)	0,03 € par verre + 0,03 € (monture)	230,97 € par verre + 99,97 € (monture)	0 € par verre + 39 € (monture)

Exemples de Remboursement 2022 ¹ - Régime Général

MY PROFIL'R - Privilège

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					
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>	<i>Non connu</i>	<i>Non remboursé</i>	<i>Non remboursé</i>	<i>Selon contrat et dans la limite de 300 €</i>	<i>Non connu</i>
Chirurgie réfractive	Prix moyen national	Non remboursé	Non remboursé	Prise en charge si prévu au contrat	Selon contrat
<i>Ex : opération corrective de la myopie</i>	<i>Non connu</i>	<i>Non remboursé</i>	<i>Non remboursé</i>	<i>Selon contrat et dans la limite de 500 €/œil</i>	<i>Non connu</i>
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>	<i>950 €</i>	<i>400 €</i>	<i>240 €</i>	<i>710 €</i>	<i>0 €</i>
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>	<i>1 476 €</i>	<i>400 €</i>	<i>240 €</i>	<i>1 236 €</i>	<i>0 €</i>

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

GARANTIES

Régime complémentaire frais médicaux

My Profil'R - Gamme Dynamique



PRESTATIONS GARANTIES	INITIALE	ESSENTIELLE	EQUILIBRE	PRIVILÈGE
SOINS COURANTS				
Analyses et examens de laboratoire				
Analyses et examens de biologie médicale	100 % BR - SS	130 % BR - SS	150 % BR - SS	150 % BR - SS
Honoraires médicaux				
Consultations, visites et téléconsultations : généralistes et spécialistes				
Actes techniques médicaux, actes d'imagerie et d'échographie				
Praticiens conventionnés signataires OPTAM/OPTAM-CO ⁽¹⁾	100 % BR - SS	200 % BR - SS	220 % BR - SS	300 % BR - SS
Praticiens conventionnés non signataires OPTAM/OPTAM-CO ⁽¹⁾	100 % BR - SS	180 % BR - SS	200 % BR - SS	200 % BR - SS
Praticiens non conventionnés ⁽²⁾	100 % BR - SS	130 % BR - SS	150 % BR - SS	150 % BR - SS
Honoraires paramédicaux				
Professionnels de santé pris en charge par la SS : infirmiers, orthophonistes, orthoptistes, masseurs-kinésithérapeutes, pédicures-podologues, ergothérapeutes, psychomotriciens	100 % BR - SS	130 % BR - SS	150 % BR - SS	150 % BR - SS
Psychologues partenaires du dispositif MonPsy ⁽³⁾	100 % BR - SS	100 % BR - SS	100 % BR - SS	100 % BR - SS
Autres soins courants				
Frais de transport pris en charge par la SS	100 % BR - SS	130 % BR - SS	150 % BR - SS	150 % BR - SS
Médicaments				
Pharmacie remboursée à 65 %	100 % BR - SS	100 % BR - SS	100 % BR - SS	100 % BR - SS
Pharmacie remboursée à 30 %		100 % BR - SS	100 % BR - SS	100 % BR - SS
Pharmacie remboursée à 15 %		100 % BR - SS	100 % BR - SS	100 % BR - SS
Matériel médical				
Grand appareillage pris en charge par la SS - exemples : fauteuil roulant, lit médicalisé	100 % BR - SS	100 % BR - SS	100 % BR - SS	100 % BR - SS
Forfait supplémentaire en euros ⁽⁴⁾		300 €	500 €	2 000 €
Petit appareillage pris en charge par la SS - exemples : orthopédie, prothèses mammaires, prothèse capillaire	100 % BR - SS	200 % BR - SS	220 % BR - SS	400 % BR - SS

(1) Le site ameli.fr permet de vérifier si le professionnel de santé est signataire de l'Option Pratique Tarifaire Maîtrisée (OPTAM) ou de l'Option Pratique Tarifaire Maîtrisée de Chirurgie et d'Obstétrique (OPTAM-CO).

(2) Le remboursement des honoraires des praticiens non conventionnés se fait sur la base du tarif d'autorité de la Sécurité sociale.

(3) Dans la limite de 8 séances par an et par bénéficiaire âgé de plus de 3 ans.

(4) Montant maximum de prestation par an et par bénéficiaire : s'entend par année civile.

Lexique :

BR : Base de Remboursement | **FR** : Frais Réels | **SS** : Sécurité Sociale | **C** : euros

PRESTATIONS GARANTIES	INITIALE	ESSENTIELLE	EQUILIBRE	PRIVILÈGE
HOSPITALISATION				
Honoraires chirurgicaux et médicaux y compris maternité				
Chirurgie, anesthésie, réanimation, actes techniques médicaux, actes d'imagerie et d'échographie				
Praticiens conventionnés signataires OPTAM/OPTAM-CO ⁽¹⁾	100 % BR - SS	200 % BR - SS	250 % BR - SS	400 % BR - SS
Praticiens conventionnés non signataires OPTAM/OPTAM-CO ⁽¹⁾	100 % BR - SS	180 % BR - SS	200 % BR - SS	200 % BR - SS
Praticiens non conventionnés ⁽²⁾	100 % BR - SS	170 % BR - SS	200 % BR - SS	200 % BR - SS
Forfait journalier hospitalier				
Participation forfaitaire aux frais d'hébergement	100 % FR	100 % FR	100 % FR	100 % FR
Autres frais d'hospitalisation				
Frais de séjour en établissement conventionné	100 % FR - SS	100 % FR - SS	100 % FR - SS	100 % FR - SS
Frais de séjour en établissement non conventionné	100 % BR - SS	100 % BR - SS	100 % BR - SS	100 % BR - SS
Participation forfaitaire actes lourds	100 % FR	100 % FR	100 % FR	100 % FR
Participation forfait patient urgences	100 % FR	100 % FR	100 % FR	100 % FR
Chambre particulière - hors hospitalisation ambulatoire - y compris maternité ⁽³⁾		50 €/jour	60 €/jour	100 €/jour
Chambre particulière - hospitalisation ambulatoire ⁽⁴⁾		30 €/jour	40 €/jour	50 €/jour
Frais de séjour en maisons d'accueil hospitalières ⁽⁵⁾		20 €/jour	30 €/jour	30 €/jour
Nuitée d'accompagnement : lit + repas du soir (enfant de moins de 16 ans et adulte de plus de 70 ans) ⁽⁶⁾		20 €/jour	30 €/jour	50 €/jour
Télévision/téléphone si hospitalisation >= 15 jours remboursement dès le 15 ^e jour ⁽⁷⁾		4 €/jour	4 €/jour	10 €/jour

(1) Le site ameli.fr permet de vérifier si le professionnel de santé est signataire de l'Option Pratique Tarifaire Maîtrisée (OPTAM) ou de l'Option Pratique Tarifaire Maîtrisée de Chirurgie et d'Obstétrique (OPTAM-CO).

(2) Le remboursement des honoraires des praticiens non conventionnés se fait sur la base du tarif d'autorité de la Sécurité sociale.

(3) Limite par an et par bénéficiaire : à 30 jours pour les séjours en psychiatrie, à 180 jours pour les autres séjours. S'entend par année civile.

(4) Limite par an et par bénéficiaire : 15 jours pour l'hospitalisation ambulatoire. S'entend par année civile.

(5) Concernent les établissements adhérent à la Fédération des maisons d'accueil hospitalière et la maison du répit de Lyon. La prise en charge est limitée à 15 jours par séjour.

(6) Limite à 15 jours par hospitalisation.

(7) Dans la limite de 900 € par an et par bénéficiaire : s'entend par année civile.

Lexique :

BR : Base de Remboursement | **FR** : Frais Réels | **SS** : Sécurité Sociale | **€** : euros

PRESTATIONS GARANTIES	INITIALE	ESSENTIELLE	EQUILIBRE	PRIVILÈGE
OPTIQUE⁽¹⁾				
Équipements Verres et monture : deux classes d'équipement				
Équipements 100% SANTÉ tels que définis réglementairement				
Verres et monture de CLASSE A	Zéro reste à charge dans la limite du panier 100% Santé			
Autres équipements - Forfait pour deux verres et une monture				
Verres et monture de CLASSE B	Devis obligatoire avant d'engager vos soins. En l'absence de devis préalable, le remboursement sera réduit au minimum du contrat responsable.			
Forfait monture + verres à simple foyer (verres unifocaux) ⁽²⁾	100 % BR - SS	200 € dont 80 € maxi monture	250 € dont 100 € maxi monture	420 € dont 100 € maxi monture
Forfait monture + verres complexes (verres unifocaux à forte correction, verres progressifs ou multifocaux) ⁽²⁾	100 % BR - SS	350 € dont 80 € maxi monture	480 € dont 100 € maxi monture	700 € dont 100 € maxi monture
Forfait monture + verres très complexes (verres multifocaux et progressifs à forte correction) ⁽²⁾	100 % BR - SS	400 € dont 80 € maxi monture	540 € dont 100 € maxi monture	800 € dont 100 € maxi monture
Autres dispositifs de correction optique				
Lentilles prises en charge par la SS	100 % BR - SS			
Lentilles prises en charge ou non par la SS ⁽³⁾		125 €	175 €	300 €
Garanties supplémentaires à compter de la 2^e année d'adhésion du bénéficiaire				
Chirurgie réfractive ⁽⁴⁾			300 €/œil	500 €/œil

(1) Le renouvellement de la prise en charge d'un équipement est possible à compter de la dernière prise en charge (date d'achat) du précédent équipement : après une période minimale de deux ans pour les adultes, d'un an pour les enfants de moins de 16 ans.

(2) Les forfaits équipement optique intègrent le remboursement SS. Les types de verre (simples foyers, complexes, très complexes) sont détaillés dans la notice d'information. En cas d'équipement mixte (2 verres de types différents) se référer à la notice d'information pour connaître les modalités de calcul du remboursement.

(3) Montant maximum de prestation par an et par bénéficiaire : s'entend par année civile. Le montant forfaitaire inclut le ticket modérateur. Au-delà du forfait en euros, le remboursement s'effectue à hauteur du ticket modérateur pour les actes pris en charge par la Sécurité sociale.

(4) Montant maximum de prestation par an et par bénéficiaire : s'entend par année civile.

Lexique :

BR : Base de Remboursement | **FR** : Frais Réels | **SS** : Sécurité Sociale | **€** : euros

PRESTATIONS GARANTIES	INITIALE	ESSENTIELLE	EQUILIBRE	PRIVILÈGE
DENTAIRE⁽¹⁾				
Soins et prothèses : trois paniers de soins				
Soins et prothèses 100% SANTÉ				
Panier 100% SANTÉ tels que définis réglementairement	Zéro reste à charge dans la limite du panier 100% Santé			
Soins				
Soins des paniers modéré et libre	100 % BR - SS	120 % BR - SS	150 % BR - SS	200 % BR - SS
Inlays-onlays des paniers modéré et libre	100 % BR - SS	150 % BR - SS	200 % BR - SS	300 % BR - SS
Prothèses				
		Devis obligatoire pour tout acte > à 1 000 €. En l'absence de devis préalable, le remboursement sera réduit au minimum du contrat responsable.		
Prothèses fixes, inlay-core sur dents visibles ⁽²⁾ ou appareils dentaires amovibles des paniers modéré et libre pris en charge par la SS	100 % BR - SS	250 % BR - SS	350 % BR - SS	570 % BR - SS
Prothèses fixes, inlay-core sur dents non visibles ⁽²⁾ des paniers modéré et libre pris en charge par la SS	100 % BR - SS	150 % BR - SS	250 % BR - SS	470 % BR - SS
		Devis obligatoire pour tout acte > à 1 000 €. En l'absence de devis préalable, aucun remboursement.		
Prothèses non prises en charge par la SS ⁽³⁾		100 €	200 €	300 €
Plafond de remboursement dentaire 1 ^{re} année ⁽⁴⁾ : prothèses des paniers modéré ou libre prises en charge ou non par la SS		500 €	700 €	1 000 €
Plafond de remboursement dentaire 2 ^e année et suivantes ⁽⁴⁾ : prothèses des paniers modéré ou libre prises en charge ou non par la SS		800 €	1 000 €	1 500 €
Autres dispositifs dentaires				
		Devis obligatoire pour tout acte > à 1 000 €. En l'absence de devis préalable, le remboursement sera réduit au minimum du contrat responsable.		
Orthodontie prise en charge par la SS	100 % BR - SS	200 % BR - SS	320 % BR - SS	500 % BR - SS
Garanties supplémentaires à compter de la 2^e année d'adhésion du bénéficiaire				
Orthodontie non prise en charge par la SS ⁽⁵⁾			300 €	500 €
Parodontologie non prise en charge par la SS ⁽⁵⁾		100 €	150 €	350 €
Scellement des sillons et patchs blanchissants non pris en charge par la SS ⁽⁵⁾			50 €	50 €
Forfait Implantologie limité à 2 implants ⁽⁵⁾			250 €/implant	700 €/implant

(1) Les actes pris en charge par les différents paniers sont détaillés dans la notice d'information. Equipement panier modéré : Les remboursements des soins, prothèses et inlay-core sont limités aux HLF (honoraires limites de facturation) tels que définis réglementairement.

(2) Joindre une facture détaillant les numéros de dents. Se référer à la notice d'information concernant la position de la dent.

(3) Montant maximum de prestation par an et par bénéficiaire : s'entend par année d'adhésion.

(4) Plafond dentaire unique commun à l'ensemble des actes référencés. Au-delà du forfait en euros qui s'entend par année d'adhésion, le remboursement s'effectue à hauteur du ticket modérateur pour les prothèses pris en charge par la Sécurité sociale.

(5) Montant maximum de prestation par an et par bénéficiaire : s'entend par année civile.

Lexique :

BR : Base de Remboursement | **FR** : Frais Réels | **SS** : Sécurité Sociale | **€** : euros

PRESTATIONS GARANTIES	INITIALE	ESSENTIELLE	EQUILIBRE	PRIVILÈGE
AIDES AUDITIVES⁽¹⁾				
Aides auditives : deux classes d'équipements				
Équipement 100% SANTÉ tels que définis réglementairement				
Équipement de CLASSE I	Zéro reste à charge dans la limite du panier 100% Santé			
	Devis obligatoire avant d'engager vos soins. En l'absence de devis préalable, le remboursement sera réduit au minimum du contrat responsable.			
Autres équipements				
Équipement de CLASSE II ⁽²⁾ Appareil auditif Forfait supplémentaire en €/oreille	100 % BR - SS	100 % BR - SS 300 €/oreille	100 % BR - SS 500 €/oreille	100 % BR - SS 1 100 €/oreille
Autres dispositifs auditifs				
Piles acoustiques, entretien et réparation pris en charge par la SS	100 % BR - SS	100 % BR - SS	100 % BR - SS	100 % BR - SS

(1) Le renouvellement de la prise en charge d'une aide auditive est possible à compter de la dernière prise en charge (date d'achat) du précédent équipement après une période minimale de 4 ans. Ce délai de renouvellement s'entend pour chaque oreille indépendamment.

(2) Le remboursement total des aides auditives de classe II est plafonné à 1 700 € par oreille à appareiller (Sécurité sociale comprise)

PRESTATIONS GARANTIES	INITIALE	ESSENTIELLE	EQUILIBRE	PRIVILÈGE
PRESTATIONS DE CONFORT Dynamique				
Kit confort⁽¹⁾⁽²⁾ :				
Professionnels de santé non pris en charge par la SS : ostéopathe, acupuncteur, pédicure-podologue, étiope, chiropracteur, diététicien/nutritionniste, psychomotricien, psychologue		20 €/séance 5 séances maxi	30 €/séance 5 séances maxi	50 €/séance 5 séances maxi
Sevrage tabagique ⁽¹⁾ - exemple : gommes à mâcher, patchs anti-tabac, cigarette électronique hors recharge, séances d'acupuncture, d'hypnose ou coaching pour l'arrêt du tabac (si précision pour sevrage tabagique)		30 €	40 €	50 €
Vaccins prescrits et non pris en charge par la SS ⁽¹⁾		20 €	35 €	45 €
Allocation maternité par enfant (sur présentation de l'acte de naissance ou d'adoption)		150 €	200 €	400 €
Fécondations In Vitro (FIV) non prises en charge par la SS et limitées à 2 ⁽¹⁾			100 €/FIV	300 €/FIV
Amniocentèse non prise en charge par la SS ⁽¹⁾			100 €	200 €
Complément équipements post cancer : Post rayons/chimio prestations pour améliorer le bien-être de l'assuré ^{(1) (3)}		250 €	500 €	1 500 €
Garanties supplémentaires à compter de la 2^e année d'adhésion du bénéficiaire Contraception prescrite et non prise en charge par la SS ⁽¹⁾		55 €	60 €	80 €

(1) Montant maximum de prestation par an et par bénéficiaire : s'entend par année civile.

(2) Concerne les séances non prises en charge par la Sécurité sociale. Limite du nombre de séances commune à l'ensemble des professionnels de santé du Kit confort.

(3) Montant maximum de prestation par an et par bénéficiaire : s'entend par année civile. Le montant versé sera proratisé suivant le nombre effectif de jours de cure. Il inclut le ticket modérateur.

(4) Remboursement sur facture nominative : complément sur prothèse capillaire ou prothèse mammaire, lingerie post-mastectomie.

Lexique :

BR : Base de Remboursement | **FR** : Frais Réels | **SS** : Sécurité Sociale | **€** : euros

PRESTATIONS GARANTIES	INITIALE	ESSENTIELLE	EQUILIBRE	PRIVILÈGE
PRESTATIONS DE CONFORT SENIORS				
Kit confort⁽¹⁾⁽²⁾ :				
Professionnels de santé non pris en charge par la SS : ostéopathe, acupuncteur, pédicure-podologue, étiope, chiropracteur, diététicien/nutritionniste, psychomotricien, psychologue		20 €/séance 5 séances maxi	30 €/séance 5 séances maxi	50 €/séance 5 séances maxi
Sevrage tabagique ⁽¹⁾ - exemple : gommes à mâcher, patchs anti-tabac, cigarette électronique hors recharge, séances d'acupuncture, d'hypnose ou coaching pour l'arrêt du tabac (si précision pour sevrage tabagique)		30 €	40 €	50 €
Vaccins prescrits et non pris en charge par la SS ⁽¹⁾		20 €	35 €	45 €
Cure thermale prise en charge par la SS et limitée au reste à charge ⁽³⁾		200 €	250 €	400 €
Complément équipements post cancer :				
Post rayons/chimio prestations pour améliorer le bien-être de l'assuré ⁽¹⁾⁽⁴⁾		250 €	500 €	1 500 €

(1) Montant maximum de prestation par an et par bénéficiaire : s'entend par année civile.

(2) Concerne les séances non prises en charge par la Sécurité sociale. Limite du nombre de séances commune à l'ensemble des professionnels de santé du Kit confort.

(3) Montant maximum de prestation par an et par bénéficiaire : s'entend par année civile. Le montant versé sera proratisé suivant le nombre effectif de jours de cure. Il inclut le ticket modérateur.

(4) Remboursement sur facture nominative : complément sur prothèse capillaire ou prothèse mammaire, lingerie post-mastectomie.

Lexique :

BR : Base de Remboursement | **FR** : Frais Réels | **SS** : Sécurité Sociale | **C** : euros

Correspondance des formules :

La formule Initiale correspond au niveau 1 de la gamme MBTP MY PROFIL'R.

La formule Essentielle correspond au niveau 3 de la gamme MBTP MY PROFIL'R.

La formule Equilibre correspond au niveau 4 de la gamme MBTP MY PROFIL'R.

La formule Privilège correspond au niveau 6 de la gamme MBTP MY PROFIL'R.