

**Séance ordinaire du
mardi 15 octobre 2024**

L'an deux-mille-vingt-quatre et le quinze octobre, les membres du Conseil municipal, légalement convoqués, se sont assemblés au lieu ordinaire des séances, Salle du Conseil, sous la présidence de Monsieur le Maire, Michaël DELAFOSSE.

Nombre de membres en exercice : 65

Extrait du registre des délibérations du Conseil municipal de la Ville de Montpellier

Ville fraternelle et solidaire

Présents :

Taslime AKBARALY, Luc ALBERNHE, Georges ARDISSON, Michel ASLANIAN, Christian ASSAF, Yves BARRAL, Boris BELLANGER, Christophe BOURDIN, Françoise BOUTET-WAISS, Véronique BRUNET, Elodie BRUN-MANDON, Emilie CABELLO, Michel CALVO, Sébastien COTE, Michaël DELAFOSSE, Jean-Dominique DELAVEAU, Mickaël DIORE, Jacques DOMERGUE, Alenka DOULAIN, Caroline DUFOIX, Abdi EL KANDOUSSI, Julie FRÊCHE, Clara GIMENEZ, Serge GUISEPPIN, Clare HART, Mylvia HOUGUET, Stéphanie JANNIN, Salim JAWHARI, Stéphane JOUAULT, Sophiane MANSOURIA, Coralie MANTION, Nicole MARIN-KHOURY, Isabelle MARSALA, Serge MARTIN, Hervé MARTIN, Marie MASSART, Fatma NAKIB, Laurent NISON, Yvan NOSBE, Bruno PATERNOT, Manu REYNAUD, Agnès ROBIN, Séverine SAINT-MARTIN, Agnès SAURAT, Philippe SAUREL, Mikel SEBLIN, Célia SERRANO, Radia TIKOUK, Bernard TRAVIER, Joëlle URBANI, François VASQUEZ, Annie YAGUE, Alban ZANCHIELLO.

Absents ayant voté par procuration en application de l'article L. 2121-20 du Code général des collectivités territoriales :

Nadia AKIL ayant donné pouvoir à Nicole MARIN-KHOURY, Eddine ARIZTEGUI ayant donné pouvoir à Radia TIKOUK, Roger-Yannick CHARTIER ayant donné pouvoir à Alban ZANCHIELLO, Fanny DOMBRE-COSTE ayant donné pouvoir à Véronique BRUNET, Maryse FAYE ayant donné pouvoir à Laurent NISON, Mustapha LAOUKIRI ayant donné pouvoir à Manu REYNAUD, Mustapha MAJDOUL ayant donné pouvoir à Abdi EL KANDOUSSI, Clothilde OLLIER ayant donné pouvoir à Alenka DOULAIN, Catherine RIBOT ayant donné pouvoir à Coralie MANTION.

Absents / Excusés :

Hind EMAD, Flora LABOURIER, Patricia MIRALLES

Mutuelle communale - Complémentaire santé accessible à tous - Convention de partenariat entre la Ville de Montpellier et La Mutuelle Familiale - Approbation - Autorisation de signature

Monsieur Michel CALVO, Adjoint au Maire, rapporte :

L'accès à une complémentaire santé accessible à tous les habitants de la Ville de Montpellier était un engagement de l'équipe municipale. La création de la mutuelle communale constitue une des mesures phares du bouclier social qui protège les Montpelliéraines et les Montpelliérains. Pour mémoire, un appel à partenariats a été lancé par délibération du Conseil municipal du 10 décembre 2023. A la suite de l'analyse des propositions formulées par différentes mutuelles, La Mutuelle Familiale a été sélectionnée pour porter le dispositif de mutuelle communale.

Il s'agit de proposer une complémentaire santé accessible à tous les habitants, à partir du 14 octobre 2024, pour les habitants non couverts par une complémentaire santé, et à partir du 1^{er} janvier 2025, pour les habitants qui souhaitent en changer. Tous les habitants de Montpellier pourront donc bénéficier d'un accompagnement personnalisé, dès le 14 octobre 2024, dispensé par La Mutuelle Familiale, dans ses nouveaux locaux à Montpellier.

L'objectif de cette mutuelle communale est triple :

- Garantir une meilleure couverture santé des habitants ;
- Lutter contre le non-recours aux droits à la santé, développer des logiques de prévention santé ;
- Conforter le pouvoir d'achat des ménages en proposant des contrats moins chers.

La présente délibération a pour objet de formaliser le partenariat entre La Mutuelle Familiale et la Ville de Montpellier, par la signature d'une convention de partenariat 2024-2025. Cette convention fixe les engagements réciproques des deux parties. Les tarifs négociés entre la mutuelle et la Ville seront gelés jusqu'au 31 décembre 2026, la seule augmentation possible sera indexée à l'ONDAM 2026 (objectif national de dépense d'assurance maladie, fixé chaque année par la loi de financement de la Sécurité sociale).

La Ville de Montpellier s'engage notamment à :

- Faciliter l'octroi des autorisations d'occupation du domaine public ;
- Faciliter l'installation de La Mutuelle Familiale dans un local à Montpellier ;
- Communiquer largement sur le dispositif auprès des habitants et des acteurs de la Ville.

La Mutuelle Familiale s'engage notamment à :

- Dédier 3 salariés à temps complet dédiés au dispositif pour assurer l'accueil du public dans son local ainsi que dans des lieux de permanences ;
- Assurer un service et des prestations de qualité par l'intermédiaire d'un centre d'accueil téléphonique (joignable sans frais) et un local fixe ;
- Exercer une mission de conseil auprès des bénéficiaires (analyses des besoins, comparatifs de garanties, aide à la résiliation de leur ancien contrat santé) ;
- Effectuer les modalités de résiliation auprès des anciens organismes complémentaires ;
- Informer et orienter les personnes éligibles à la Complémentaire Santé Solidaire vers les contrats adaptés pour bénéficier de l'ensemble des droits associés ;
- Ne pratiquer aucun droit d'entrée, délai de carence, de questionnaire médical, de frais de dossier ;
- Appliquer la gratuité à partir du troisième enfant, régulièrement inscrits.

Plus globalement, ce projet s'inscrit dans une ambition forte d'accès à la santé et de lutte contre le non recours aux droits. Le déploiement de la mutuelle communale est donc pensé en complémentarité avec les compétences et actions portées notamment par le Centre Communal d'Action Sociale (CCAS) de Montpellier. Les habitants pourront donc bénéficier d'un accompagnement adapté par les équipes du CCAS pour analyser leur situation, balayer leurs droits et orienter les publics éligibles vers les dispositifs adaptés (notamment la complémentaire santé solidaire portée par la CPAM). Concernant les démarches d'adhésion à la mutuelle communale, la mutuelle assurera, en lien avec les services de la Ville, une démarche de proximité et d'aller vers pour assurer une pleine accessibilité de ce dispositif ambitieux à l'ensemble de la population.

La Ville de Montpellier a proposé aux communes membres de Montpellier Méditerranée Métropole de s'inscrire dans cette dynamique. Les Communes de Clapiers, Saint-Genies-des-Mourgues, Sussargues, Murviel-lès-Montpellier ont souhaité déployer ce dispositif sur leur territoire, dans une logique d'accès à la santé pour tous.

En conséquence, il est proposé au Conseil municipal :

- D'approuver les termes de la convention de partenariat entre la Ville de Montpellier et La Mutuelle Familiale, pour la création de la mutuelle communale ;
- D'autoriser Monsieur le Maire, ou son représentant, à signer la convention ainsi que tout document relatif à cette affaire.

A l'issue d'un vote à main levée, la présente délibération est adoptée à l'unanimité des voix exprimées.

Pour : 61 voix

Contre : 0 voix

Abstention : 0 voix

Ne prend pas part au vote : 1 voix

M. Philippe SAUREL.

**Fait à Montpellier, le 18 octobre
2024**

**Pour extrait conforme,
Monsieur le Maire**

Signé.

Michaël DELAFOSSE

Publiée le : 25 octobre 2024

Liste des annexes transmises en Préfecture :

- Convention de partenariat mutuelle familiale - 2024VD
- Annexe 2 tableau des garanties mutuelle communale

Accusé de réception – Ministère de l'intérieur
034-213401722-20241015-279199-DE-1-1
Acte Certifié exécutoire
Envoi en Préfecture : 24/10/24
Réception en Préfecture : 24/10/24

Monsieur le Maire certifie sous sa responsabilité le caractère exécutoire de cet acte et informe qu'il peut faire l'objet d'un recours gracieux dans un délai de deux mois adressé au Maire ou d'un recours contentieux devant le tribunal administratif de Montpellier dans un délai de deux mois à compter de sa publication ou notification, en vertu de l'article R. 421-5 du Code de justice administrative. Le tribunal administratif peut être saisi par l'application informatique « Télérecours citoyens » accessible par le site internet www.telerecours.fr.

CONVENTION DE PARTENARIAT

Entre :

La commune de Montpellier

Représentée par son maire, agissant au nom et pour le compte
de la commune de Montpellier, dûment habilité par délibération en date du
15 octobre 2024

D'une part,

Et

La Mutuelle Familiale

Représenté par Mr Bernard ALTARIBA, agissant en qualité Directeur
général

dont le siège est situé 52, rue Hauteville- 75010 PARIS

D'autre part.

Collectivement ci-après dénommés **les Parties,**

Préambule

L'accès à une complémentaire santé accessible à tous les habitants de la Ville de Montpellier était un engagement de campagne du Maire. Elle incarne une mesure phare du bouclier social qui protège les Montpelliéraines et les Montpelliérains.

Il s'agit de proposer une complémentaire santé accessible à tous les habitants, à partir du 14 octobre 2024 (pour les habitants non couverts par une complémentaire santé) et à partir du 1^{er} janvier 2025 (pour les habitants qui souhaitent en changer).

Ce projet s'inscrit dans la politique locale de lutte contre le non recours aux droits menée par la Ville et le Centre Communal d'Action Sociale (CCAS) de Montpellier.

L'objectif est triple :

- Garantir une meilleure couverture santé des habitants ;
- Lutter contre le non-recours aux droits à la santé, développer des logiques de prévention santé ;

- Conforter le pouvoir d'achat des ménages en proposant des contrats moins chers (bouclier social).

Un appel à partenariat a été lancé par délibération du conseil municipal du 10 décembre 2023. Suite au jury de sélection du 31 mai 2024, la Mutuelle Familiale a été sélectionnée pour porter le dispositif de mutuelle communale.

La présente convention a pour objet de formaliser le partenariat entre la Mutuelle Familiale et la Ville de Montpellier.

Article 1 - Objectifs du dispositif de mutuelle communale déployé par la Ville

Dans le cadre de sa politique visant à améliorer les conditions d'accès à une couverture complémentaire de santé, la commune de Montpellier accompagne l'accès au dispositif « mutuelle communale » auprès de ses habitants.

Ce dispositif s'adresse à tous les habitants souhaitant accéder ou améliorer leur couverture maladie complémentaire.

L'objectif prioritaire du dispositif de mutuelle communale est :

- De favoriser l'accès à une complémentaire santé pour tous les habitants (qu'elle soit proposée par la sécurité sociale ou par un organisme complémentaire),
- D'aller-vers les habitants pour communiquer sur la complémentaire santé et sur leurs droits,
- De faciliter l'accès à la mutuelle communale ou à la complémentaire santé solidaire (C2S) en garantissant des simplicités d'adhésion et de communication,
- De palier les inégalités d'accès aux soins des personnes qui, par manque de moyens, font l'économie d'une complémentaire santé.
- De favoriser l'accès à une couverture de soins en bénéficiant de coûts réduits,

Pour cela, la mutuelle Familiale propose des contrats collectifs et mutualisés à adhésions facultatives.

Article 2 - Engagements de la Mutuelle Familiale

Dans le cadre de la mise en œuvre du dispositif de mutuelle communale, la Mutuelle Familiale s'engage à :

- Assurer la tenue de plusieurs réunions d'information auprès de la population sur ce dispositif,
- Assurer des permanences au moins quatre jour par semaine, toute l'année, sur tout lieu décidé entre les Parties, en parallèle du local fixe,
- Assurer des permanences ponctuelles sur les grands évènements de la Ville certains week-end,

- Assurer un service et des prestations de qualité par l'intermédiaire d'un centre d'accueil téléphonique (joignable sans frais) et un local fixe,
- Fournir des affichettes pour assurer la communication,
- Proposer aux habitants exclusivement des produits relevant de l'assurance maladie complémentaire, à l'exclusion de tout autre type de contrat d'assurance,
- Fournir tous les documents d'information et contractuels relatifs à la couverture complémentaire santé,
- Exercer une mission de conseil auprès des bénéficiaires (analyses des besoins, comparatifs de garanties, aide à la résiliation de leur ancien contrat santé),
- Effectuer les modalités de résiliation auprès des anciens organismes complémentaires des souscripteurs,
- Informer et orienter les personnes éligibles à la Complémentaire Santé Solidaire (C2S) vers les contrats adaptés pour bénéficier de l'ensemble des droits associés,
- Informer le CCAS et la commune de toutes modifications des tarifs ou prestations proposées, dès qu'elle en a connaissance,
- Informer et former le personnel du CCAS et de la commune sur les règles et fonctionnement du dispositif « Mutuelle de commune » pour leur permettre de répondre aux questions des administrés.
- Ne pratiquer aucun droit d'entrée, délai de carence, de questionnaire médical, de frais de dossier,
- Appliquer la gratuité à partir du troisième enfant, régulièrement inscrits.

La Mutuelle familiale s'engage à respecter l'ensemble des prestations et services attendues et listées dans l'appel à partenariat (annexe 1 – appel à partenariat).

Par ailleurs, la mutuelle s'engage à dédier 3 salariés à temps complet dédiés au dispositif.

Enfin, les tarifs négociés avec la Mutuelle Familiale seront gelés jusqu'au 31 décembre 2026, la seule augmentation possible sera indexée à l'ONDAM 2026 (annexe 2 – paniers et tarifs).

Article 3 - Modalités de suivi et du partenariat

Un comité de pilotage se réunira tous les ans pour procéder au bilan du partenariat.

La Mutuelle Familiale s'engage à communiquer à la commune les renseignements relatifs à cette action, tous les six mois :

- Le nombre de personnes ayant adhéré à une mutuelle (dont ceux qui n'avaient pas de complémentaire santé),
- L'âge et la typologie familiale des ménages souscripteurs,
- La façon dont ces ménages ont connu le dispositif (site internet, bouche à oreilles, permanences, réunion d'information, CCAS, autres),
- Les dépenses par catégorie de soins (soins médicaux courants, optiques, hospitalisation, dentaire, prévention, autres),

- Un bilan des permanences, réunions d'information et des actions de prévention déployées,
- Le nombre de personnes informées sur leurs droits à la CSS (gratuite ou contributive) et les orientations faites sur les lieux d'accès aux droits du territoire,
- Un bilan qualitatif du partenariat avec la Ville, les acteurs du territoire et les habitants rencontrés.

La mutuelle effectuera des actions de prévention en présentiel répondant aux besoins recensés dans le cadre du Contrat local de Santé de la Ville de Montpellier.

Le planning des actions de prévention et des permanences délocalisées sera fixé par semestre. Ces réunions seront l'occasion de recueillir les avis et attentes des habitants sur le dispositif de mutuelle communale.

Article 4 - Modalités de communication sur le dispositif de mutuelle communale

La Mutuelle Familiale s'engage à communiquer de façon systématique en collaboration avec la Ville de Montpellier. La Mutuelle familiale s'engage à demander la validation de la commune pour l'utilisation de sa charte graphique et avant impression, mise en ligne, ou diffusion, quel que soit le média.

Article 5 - Engagement de la commune

La commune s'engage à faciliter l'octroi des autorisations d'occupation du domaine public, dès lors que lesdits lieux ont été validés avec la commune.

La commune s'engage également à faciliter l'installation de la mutuelle familiale dans un local à Montpellier.

La commune s'engage à communiquer largement sur le dispositif auprès des habitants et des acteurs de la Ville.

Article 5 - Durée de la convention

La présente convention prend effet à la date de sa signature et jusqu'au 31 décembre 2025. Elle sera renouvelée par tacite reconduction jusqu'au 31 décembre 2026.

Article 6 - Dénonciation de la convention

La présente convention peut être dénoncée de plein droit, à l'initiative de l'une ou l'autre des Parties sous réserves d'un préavis de 2 mois notifié à l'autre Partie par lettre recommandée avec accusé de réception.

L'inexécution, le manquement ou la faute grave de l'une des Parties dans le cadre de l'exécution de ses obligations telles qu'elles sont définies par la présente Convention, non régularisé dans un délai de trente (30) jours suivant mise en demeure adressée par l'autre Partie par lettre recommandée avec accusé de réception, autorisera la Partie qui s'en plaint à résilier de plein droit la présente Convention, avec un préavis d'un (1) mois.

Article 7 - Résolution des litiges

Tout litige devra au maximum être résolu à l'amiable. A défaut, les contentieux seront portés devant les juridictions relevant du ressort de Montpellier.

Fait à en 2 exemplaires originaux, le

Pour la commune de Montpellier,
Le Maire

Mr Le directeur Général de la Mutuelle
Familiale
Bernard ALTARIBA



**MUTUELLE COMMUNALE
VILLE DE MONTPELLIER**

VOS PRESTATIONS SANTE, COMPATIBLES RESTE A CHARGE 0 (100% SANTE)

La participation de l'Assurance Maladie Obligatoire (AMO) correspond à un pourcentage de la Base de Remboursement (BR) ou au montant en euros de celui-ci. La BR est la base de calcul du montant des remboursements des frais de santé par l'AMO en France. Les tarifs desdits remboursements sont fixés par convention entre les professionnels de santé et la Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés (CNAM).

La Mutuelle Familiale applique la réglementation sur les contrats responsables. Les montants mentionnés dans les tableaux ci-après s'appliquent si l'assuré respecte le parcours de soins coordonnés. Les garanties issues de la réglementation sur le Reste à Charge 0 en santé (Cf. optique, dentaire et audio) sont consultables sur le décret n°2019-21 du 11 janvier 2019 et sur notre site [mutuelle-familiale.fr](https://www.mutuelle-familiale.fr) (rubrique : Qui Sommes-Nous ? / Gouvernance et statuts)..

La participation de La Mutuelle Familiale est exprimée soit en pourcentage de la BR soit en euros. Pour tout acte ou frais de santé pris en charge par l'AMO et ne figurant pas dans les tableaux ci-après, La Mutuelle Familiale rembourse le Ticket modérateur (partie des dépenses de santé à la charge du patient après le remboursement de l'AMO). Les franchises et participations forfaitaires, ainsi que la majoration de la participation de l'assuré ne pourront donner lieu à remboursement. Conformément à la réglementation sur les contrats responsables, La Mutuelle Familiale pratique le tiers payant.



Soins courants

Remboursements AMO + Mutuelle

	MUTUELLE COMMUNALE NIVEAU 1	MUTUELLE COMMUNALE NIVEAU 2	MUTUELLE COMMUNALE NIVEAU 3	MUTUELLE COMMUNALE NIVEAU 4
Honoraires paramédicaux				
Auxiliaires médicaux	100 % BR	100 % BR	170 % BR	220 % BR
Honoraires médicaux				
Honoraires médicaux (visites, téléconsultations, consultations médicales généralistes, spécialistes et psychologues conventionnés)				
• Médecins signataires de l'OPTAM/OPTAM CO ⁽¹⁾	100 % BR	100 % BR	170 % BR	220 % BR
• Médecins non-signataires de l'OPTAM/OPTAM CO ⁽¹⁾	100 % BR	100 % BR	150 % BR	200 % BR
• Psychologues conventionnés et remboursés par l'AMO ~ dans la limite de 8 séances maximum par année civile ~	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Actes Techniques Médicaux ou petite chirurgie				
• Médecins signataires de l'OPTAM/OPTAM CO ⁽¹⁾	100 % BR	100 % BR	170 % BR	220 % BR
• Médecins non-signataires de l'OPTAM/OPTAM CO ⁽¹⁾	100 % BR	100 % BR	150 % BR	200 % BR
Médicaments				
Médicaments à SMR (service médical rendu) majeur, modéré et faible (65%, 30% et 15%)	100 % BR uniquement sur SMR majeur	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Pharmacie prescrite non remboursée par l'AMO. ~ forfait par année civile et par bénéficiaire ~	-	20 €	30 €	40 €
Analyses et examens de laboratoire				
Analyses et examens de laboratoire	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Imagerie médicale (radiographie, scanner, IRM, échographie...)				
• Médecins signataires de l'OPTAM/OPTAM CO ⁽¹⁾	100 % BR	100 % BR	170 % BR	220 % BR
• Médecins non-signataires de l'OPTAM/OPTAM CO ⁽¹⁾	100 % BR	100 % BR	150 % BR	200 % BR
Matériel médical				
Orthèses dont bas, collants et chaussettes de contention ~ forfait par année civile et par bénéficiaire ~	100 % BR	100 % BR + 50 €	100 % BR + 50 €	100 % BR + 50 €
Prothèse mammaire ou capillaire sur prescription médicale par suite de cancer et chimiothérapie ~ forfait par année civile et par bénéficiaire ~	100 % BR	100 % BR + 200 €	100 % BR + 300 €	100 % BR + 400 €
Autres prothèses médicales, orthopédie et appareillage ~ forfait par année civile et par bénéficiaire ~	100 % BR	100 % BR + 40 €	100 % BR + 60 €	100 % BR + 100 €
Transport				
Transport en ambulance, VSL	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR

¹ : OPTAM-CO : Option Pratique Tarifaire Maîtrisée - Chirurgie et Obstétrique



Pack Bien-être et Prévention

Remboursements AMO + Mutuelle

	MUTUELLE COMMUNALE NIVEAU 1	MUTUELLE COMMUNALE NIVEAU 2	MUTUELLE COMMUNALE NIVEAU 3	MUTUELLE COMMUNALE NIVEAU 4
Prestations Bien-être				
Médecines douces : chiropractie-ostéopathie-acupuncture - psychologie-psychanalyse- pédicure – podologue – diététicien. Médecine non conventionnelle réalisée par un praticien diplômé d'Etat (DE) ou inscrit au RNCP ⁽¹⁾ ~ 4 séances par année civile et par bénéficiaire ~	-	20 € / séance	30 € / séance	50 € / séance
Cure thermique remboursée par l'AMO : soins + transport + hébergement ~ forfait par année civile et par bénéficiaire ~	100 % BR	100 % BR + 100 €	100 % BR + 200 €	100 % BR + 300 €
Prestations Prévention				
Contraception : pilules toutes générations, patches contraceptifs, anneaux et stérilet ~ forfait par année civile et par bénéficiaire ~	100 % BR	100 % BR + 60 €	100 % BR + 60 €	100 % BR + 60 €
Sevrage tabagique remboursé par l'AMO ~ forfait par année civile et par bénéficiaire ~	100 % BR	100 % BR + 50 €	100 % BR + 50 €	100 % BR + 50 €
Vaccins prescrits non remboursés par l'AMO ~ forfait par année civile et par bénéficiaire ~	-	50 €	50 €	50 €
Bilan nutritionnel	-	1 par année civile	1 par année civile	1 par année civile
Ostéodensitométrie ~ forfait par année civile et par bénéficiaire ~	-	100 % BR + 50 €	100 % BR + 50 €	100 % BR + 50 €
Forfait addictologie (Bilan, séances addictologue, substituts) ~ forfait par année civile et par bénéficiaire ~	-	50 €	50 €	50 €
Prise en charge d'un conseiller en environnement intérieur sur prescription médicale ~ forfait par année civile et par bénéficiaire ~	-	50 €	50 €	50 €
Participation à un abonnement annuel sportif, musical, artistique ~ forfait par année civile et par bénéficiaire ~	20 €	20 €	20 €	20 €

Ateliers de prévention accessibles à tous sur inscription, inclus dans vos garanties

- **Ateliers Santé** : en petits groupes, pour des échanges privilégiés sur des thèmes variés : alimentation, sommeil, activité physique, mémoire, bien-être, alternatives cosmétiques, produits ménagers...
- **Conférences** : animées par des professionnels de santé (médecin du sport, toxicologue, éco-infirmier, kiné...
- **Stands, dépistages, animations santé et expositions** : Journée Nationale de l'Audition, Journée Mondiale du Diabète, Octobre Rose...

+ des conseils santé sur mapreventionsante.fr

¹ RNCP : Répertoire National des Certifications Professionnelles - Liste exhaustive des thérapies prises en charge par la Mutuelle Familiale et indiquées dans la garantie sous le terme « médecine non conventionnelle réalisée par un praticien diplômé d'Etat ou d'une certification professionnelle inscrite au RNCP » : Aromathérapie, Art-thérapie, Balnéothérapie, Electrothérapie (ou TENS, neurostimulation électrique transcutanée), Ergothérapie, Homéopathie, Hydrothérapie, Mésothérapie, Musicothérapie.



Hospitalisation

La prise en charge de l'hospitalisation est limitée aux établissements conventionnés par l'assurance maladie – à l'exclusion des établissements médico-sociaux.

Prise en charge du TM en établissement non conventionné (hors établissements médico-sociaux)

Remboursements AMO + Mutuelle	MUTUELLE COMMUNALE NIVEAU 1	MUTUELLE COMMUNALE NIVEAU 2	MUTUELLE COMMUNALE NIVEAU 3	MUTUELLE COMMUNALE NIVEAU 4
Forfait journalier hospitalier (hors établissement médico-sociaux) ~ forfait par jour sans limitation de durée ~	100 % Frais réels	100 % Frais réels	100 % Frais réels	100 % Frais réels
Frais de séjour Frais de séjour en hospitalisation médicale et chirurgicale, maternité, psychiatrie, soins de suite et de réadaptation, maison de convalescence	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Participation forfaitaire pour les actes médicaux dont le prix est supérieur à 120 € ou ayant un coefficient supérieur ou égal à 60	100 % Frais réels	100 % Frais réels	100 % Frais réels	100 % Frais réels
Forfait Patient Urgences	100 % Frais réels	100 % Frais réels	100 % Frais réels	100 % Frais réels
Honoraires Honoraires (chirurgie, anesthésie) :				
• Médecins signataires de l'OPTAM/OPTAM CO ⁽¹⁾	100 % BR	100 % BR	170 % BR	220 % BR
• Médecins non-signataires de l'OPTAM/OPTAM CO ⁽¹⁾	100 % BR	100 % BR	150 % BR	200 % BR
Chambre particulière				
• Chambre particulière en hospitalisation médicale et chirurgicale, ~ forfait par jour dans la limite de 60 jours par année civile ~	-	30 €	45 €	60 €
• Chambre particulière en établissements spécialisés, ~ forfait par jour dans la limite de 60 jours par année civile ~	-	20 €	30 €	40 €
• Frais d'accompagnement de l'adhérent ou de l'un de ses bénéficiaires hospitalisés ~ forfait par jour dans la limite de 90 jours par année civile ~	-	15 €	15 €	15 €
Solidarité familiale :		Possibilité pour les membres participants de faire bénéficier leurs ayants droit régulièrement inscrits au bénéfice de la garantie, jusqu'à 10 jours, en cas de non-utilisation du forfait chambre particulière par l'adhérent durant l'année civile.		
Maternité Honoraires anesthésie (incluant péridurale) et obstétrique :				
• Médecins signataires de l'OPTAM/OPTAM CO ⁽¹⁾	100 % BR	100 % BR	170 % BR	220 % BR
• Médecins non-signataires de l'OPTAM/OPTAM CO ⁽¹⁾	100 % BR	100 % BR	150 % BR	200 % BR
• Chambre particulière ~ forfait par jour, limité à 5 jours par année civile ~	-	30 €	45 €	60 €
Allocation de naissance ou adoption d'un enfant ~ forfait par enfant si inscrit à la mutuelle comme ayant droit ~	150 €	150 €	150 €	200 €
Autres Actes Techniques Médicaux ou petite chirurgie				
• Médecins signataires de l'OPTAM/OPTAM CO ⁽¹⁾	100 % BR	100 % BR	170 % BR	220 % BR
• Médecins non-signataires de l'OPTAM/OPTAM CO ⁽¹⁾	100 % BR	100 % BR	150 % BR	200 % BR
Transport en ambulance, VSL	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR

¹ : OPTAM-CO : Option Pratique Tarifaire Maîtrisée - Chirurgie et Obstétrique



Optique



Tiers-payant et tarifs préférentiels sur les équipements optiques du réseau Kalixia

Remboursements AMO + Mutuelle

**MUTUELLE
COMMUNALE
NIVEAU 1**

**MUTUELLE
COMMUNALE
NIVEAU 2**

**MUTUELLE
COMMUNALE
NIVEAU 3**

**MUTUELLE
COMMUNALE
NIVEAU 4**

RAC 0 : Equipement optique remboursé dans la limite du Prix Limite de Vente (PLV) (classe A, cf. annexe) limité à un remboursement tous les 2 ans

Monture	100 % Frais réels	100 % Frais réels	100 % Frais réels	100 % Frais réels
Verre	100 % Frais réels	100 % Frais réels	100 % Frais réels	100 % Frais réels
Prestation d'appairage / verres filtrés / adaptation	100 % Frais réels	100 % Frais réels	100 % Frais réels	100 % Frais réels
Adaptation ordonnance en renouvellement	100 % Frais réels	100 % Frais réels	100 % Frais réels	100 % Frais réels

Panier libre : Equipements optiques remboursés par l'AMO relevant du panier libre (classe B) limité à un remboursement tous les 2 ans

Monture	100% BR	30 €	50 €	100 €
Par verre simple ⁽¹⁾	100% BR	25 €	45 €	65 €
Par verre complexe ⁽²⁾	100% BR	60 €	80 €	100 €
Par verre très complexe ⁽³⁾	100% BR	60 €	80 €	100 €
Adaptation ordonnance en renouvellement ~ dans la limite du PLV ~	100 % Frais réels	100 % Frais réels	100 % Frais réels	100 % Frais réels

Autres

Lentilles acceptées par l'AMO	100% BR	100% BR + 50 €	100 % BR + 100 €	100 % BR + 150 €
Lentilles refusées par l'AMO ~ forfait par année civile ~	-	50 €	100 €	150 €
Chirurgie réfractive ~ forfait par œil et par année civile ~	-	100 €	200 €	500 €

Priorité Prévention

Des examens obligatoires périodiques remboursés, consultations avec un bilan visuel systématique (8-9 ans, 11-13 ans, 15-16 ans)

Renouvellement de l'équipement optique :

Prise en charge limitée à un équipement optique (2 verres + 1 monture) au terme d'une période minimale :

- de 2 ans, pour les adultes et pour les enfants de 16 ans et plus,
- de 1 an, pour les enfants de plus de 6 ans et moins de 16 ans,
- de 6 mois, pour les enfants jusqu'à 6 ans en cas de mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage de l'enfant entraînant des pertes d'efficacité du verre correcteur.

Renouvellement anticipé de l'équipement possible notamment en cas d'évolution de la vue ou situations médicales particulières, telles que définies par arrêté du 3 décembre 2018.

- (1) Verres simples A : verres unifocaux sphère de -6,00 à +6,00 - ou verres unifocaux cylindre < ou égal +4,00 et sphère -6,00 à 0 – ou verres unifocaux sphère positive et somme sphère + cylindre < ou égale à 6,00 (cf. décret n°2019-21 du 11 janvier 2019)
- (2) Verres complexes C : autres verres unifocaux – verres multifocaux ou progressifs sphère de -4,00 à +4,00 - ou verres multifocaux cylindre < ou égal à +4,00 et sphère de -8,00 à 0 – ou verres multifocaux ou progressifs sphère positive et somme sphère + cylindre < ou égale à 8,00 (cf. décret n°2019-21 du 11 janvier 2019)
- (3) Verres très complexes F : autres verres multifocaux ou progressifs (cf. décret n°2019-21 du 11 janvier 2019)



Remboursements AMO + Mutuelle

**MUTUELLE
COMMUNALE
NIVEAU 1**
**MUTUELLE
COMMUNALE
NIVEAU 2**
**MUTUELLE
COMMUNALE
NIVEAU 3**
**MUTUELLE
COMMUNALE
NIVEAU 4**
RAC 0 : Prothèses dentaires – dans la limite des Honoraires Limite de Facturation (HLF)~ cf. annexe consultable sur mutuelle-familiale.fr ~

100 % Frais réels

100 % Frais réels

100 % Frais réels

100 % Frais réels

Panier maîtrisé : Prothèses dentaires (dont bridges) – dans la limite des Honoraires Limite de Facturation (HLF)~ cf. annexe consultable sur mutuelle-familiale.fr ~

100 % BR

100 % BR

275 % BR

300 % BR

Panier libre : Prothèses dentaires remboursées par l'AMO

Inlay Core	100 % BR	100 % BR	275 % BR	300 % BR
Inlay - Onlay ~ par acte ~	100 % BR	100 % BR	275 % BR (Plafond de 320€/an – au-delà 100% BR)	300 % BR (Plafond de 350€/an – au-delà 100% BR)
Prothèses dentaires fixe			Plafond de 1 500€/an au-delà du plafond, la prise en charge est de 100 % BR	Plafond de 2 000€/an au-delà du plafond, la prise en charge est de 100 % BR
• Prothèse métallique	100 % BR	100 % BR	100 % BR + 300 €	100 % BR + 350 €
• Prothèse céramo-céramique, céramo-métallique	100 % BR	100 % BR	100 % BR + 320 €	100 % BR + 350 €
• couronne dentaire transitoire	100 % BR	100 % BR	100 % BR + 30 €	100 % BR + 40 €
Implantologie				
• Implant non remboursé ~ par implant - limité à 5 implants par année civile et par bénéficiaire ~	-	100 €	200 €	300 €
• Couronne dentaire implantoportée ~ forfait par année civile ~	100 % BR	100 % BR	100 % BR + 320 €	100 % BR + 350 €
• autres actes prothétiques d'implantologie ~ forfait par année civile ~	100 % BR	100 % BR	100 % BR + 100 €	100 % BR + 200 €
Prothèses dentaires amovibles ~ forfait par année civile ~	100 % BR	100 % BR	100 % BR + 250 €	100 % BR + 375 €

Soins

Consultations et soins dentaires	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Orthodontie remboursée par l'AMO ~ Par semestre de date à date - si TO 45, forfait divisé par 2 ~	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR + 250 €
Autres actes liés à l'orthodontie (examen, surveillance, contention) remboursés par l'AMO	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR

Réparations

Ablation d'un bloc métallique coulé ou d'une prothèse dentaire à tenon radicaire scellé	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Ablation d'une prothèse dentaire scellée unitaire	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Changement de dispositif d'attachement d'une prothèse dentaire amovible supra implantaire	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Révision des piliers implantoportés d'une prothèse dentaire	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR

Priorité Prévention

- Examens bucco-dentaires dès 3 ans pris en charge à 100 % (3, 6, 9, 12, 15, 18, 21 et 24 ans)
- Forfait prévention remboursé (soins et conseils effectués par les dentistes)
- Nouveaux soins remboursés (verniss fluorés pour les enfants de 6 à 9 ans présentant un risque carieux élevé)



Aides auditives

RAC "0"
RESTE À CHARGE ZÉRO

Tiers-payant et tarifs préférentiels sur les équipements optiques du réseau Kalixia

Remboursements AMO + Mutuelle

**MUTUELLE
COMMUNALE
NIVEAU 1**

**MUTUELLE
COMMUNALE
NIVEAU 2**

**MUTUELLE
COMMUNALE
NIVEAU 3**

**MUTUELLE
COMMUNALE
NIVEAU 4**

RAC 0 : Aides auditives de classe I à prise en charge renforcée et limitée à un remboursement par oreille tous les 4 ans

~ cf. annexe consultable sur mutuelle-familiale.fr ~

Frais réels

Frais réels

Frais réels

Frais réels

Panier libre : Aides auditives de classe II et limitées à un remboursement par oreille tous les 4 ans - Plafond maximum de remboursement de 1700€ par oreille AMO + Mutuelle

Age inférieur ou égal à 20 ans

~ par oreille ~

100 % BR

100 % BR

100 % BR + 250 €

100 % BR + 300 €

Age supérieur à 20 ans

~ par oreille ~

100 % BR

100 % BR

100 % BR + 250 €

100 % BR + 350 €

Piles auditives

~ forfait par année civile ~

100 % BR

100 % BR

100 % BR + 20 €

100 % BR + 20 €

Entretien et réparation

100 % BR

100 % BR

100 % BR

100 % BR

Priorité Prévention

- Des examens obligatoires périodiques remboursés, consultations avec un bilan auditif (8-9 ans, 11-13 ans, 15-16 ans)



MUTUELLE COMMUNALE
VILLE DE MONTPELLIER
VOS PRESTATIONS SANTE, COMPATIBLES RESTE A CHARGE 0 (100% SANTE)

Exemples de Remboursements

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/>)

A noter que les remboursements présentés sont ceux du régime général de la sécurité sociale – la situation de l'assuré (retraité, TNS, sans emploi, étudiant...) n'a aucune incidence sur les montants de prise en charge.

Exemples de Remboursements¹ MUTUELLE COMMUNALE Niveau 1

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 Niveau 1	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	Non remboursé	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 €
Frais de séjour en secteur privé	Tarif moyen de 794,12 €	794,12 €	770,12 €	24 €	0 €
Honoraires médecins adhérents OPTAM ou OPTAM-CO	Dépassements maîtrisés	BR	100 % BR	Dépassements si prévu au contrat	Niveau 1
Opération en secteur privé : honoraires chirurgien	Tarif moyen de 422 €	271,70 €	271,70 €	0 €	150,30 €
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)	Niveau 1
Opération en secteur privé : honoraires chirurgien	Tarif moyen de 463 €	271,70 €	271,70 €	0 €	191,30 €
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 3344,37 €	3344,37 €	2675,50 €	668,87 €	0 €

Exemples de Remboursements¹ MUTUELLE COMMUNALE Niveau 1

Contrat d'assurance santé responsable ²	Tarif le plus souvent facturé, ou tarif réglementé	Base de remboursement de la sécurité sociale (BR) ³	Remboursement AMO (Assurance maladie obligatoire)	Remboursement Niveau 1	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>	26.50 €	26.50 €	17,55 €	7,95 €	1 € de participation forfaitaire
<i>Ex : consultation pédiatre pour enfant de 2 à 6 ans</i>	33.50 €	33.50 €	23,45 €	10,05 €	0 €
<i>Ex : consultation médecin spécialiste pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie, obstétrique, ophtalmologie, dermatologie, etc...)</i>	31.50 €	31.50 €	21,05 €	9,45 €	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 le contrat Niveau 1
<i>Ex : consultation pédiatre pour enfant de 2 à 6 ans</i>	49 €	33.50 €	23,45 €	10,05 €	15,50 €
<i>Ex : consultation médecin spécialiste pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie, obstétrique, ophtalmologie, dermatologie, etc...)</i>	52 €	31,50 €	21,05 €	9,45 €	21.50 €
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 le contrat Niveau 1
<i>Ex : consultation pédiatre pour enfant de 2 à 16 ans</i>	64 €	23 €	16,10 €	6,90 €	41 €
<i>Ex : consultation médecin spécialiste pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie, obstétrique, ophtalmologie, dermatologie, etc...)</i>	65 €	23 €	15,10 €	6,90 €	43 €
Matériel médical	Tarif moyen facturé	BR	60% BR	40 % BR + dépassement si prévu au contrat	Niveau 1
<i>Ex : achat d'une paire de béquilles</i>	25,99 €	24,40 €	14,64 €	9,76 €	1,59 €

Contrat d'assurance santé responsable ²	Tarif le plus souvent facturé, ou tarif réglementé	Base de remboursement de la sécurité sociale (BR) ³	Remboursement AMO (Assurance maladie obligatoire)	Remboursement Niveau 1	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 €
<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	Niveau 1
<i>Par oreille pour un patient de plus de 20 ans</i>	1565 €	400 €	240 €	160 €	1 165 €

Exemples de Remboursements¹ MUTUELLE COMMUNALE Niveau 1

Contrat d'assurance santé responsable ²	Tarif le plus souvent facturé, ou tarif réglementé	Base de remboursement de la sécurité sociale (BR) ³	Remboursement AMO (Assurance maladie obligatoire)	Remboursement Niveau 1	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€
<i>Ex : pose d'une couronne céramo-métallique sur incisives, canines et premières prémolaires</i>	500 €	120 €	72 €	428 €	0 €
Soins (hors 100% santé)	Tarif de convention	BR	60% BR	40% BR + dépassement si prévu au contrat	Niveau 1
<i>Ex : détartrage</i>	43,38 €	43,38 €	26,03 €	17,35 €	0 €
Prothèses (hors 100% santé)	Prix moyen national	BR	60% BR	40% BR + dépassement si prévu au contrat	Niveau 1
<i>Ex : couronne céramo-métallique sur molaires</i>	554 €	120 €	72 €	48 €	434 €
Orthodontie (moins de 16 ans)	Prix moyen national	BR	100 % BR	Dépassement si prévu au contrat	Niveau 1
<i>Ex : traitement par semestre (6 semestres max)</i>	698 €	193,50 €	193,50 €	0 €	504,50 €
Optique					
Équipement 100% santé	Prix limite de vente (PLV)	BR	60 % BR	40 % BR + dépassement dans la limite des PLV ⁴	0 €
<i>Ex : verres simples + monture</i>	42,50 € (par verre) + 30 € (monture)	12,75 € par verre + 9 €	7,65 € par verre + 5,40 €	34,85 € par verre + 24,60 €	0 €
<i>Ex : verres progressifs + 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	Niveau 1
<i>Ex : verres simples + monture</i>	107 € (par verre) + 142 € (monture)	0,05 € par verre + 0,05 €	0,03 € par verre + 0,03 €	0,02 € par verre + 0,02 €	355,85 €
<i>Ex : verres progressifs + monture</i>	239 € (par verre) + 142 € (monture)	0,05 € par verre + 0,05 €	0,03 € par verre + 0,03 €	0,02 € par verre + 0,02 €	619,85 €
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	Niveau 1
<i>Forfait annuel</i>	Non connu	Non remboursé (dans le cas général)	Non remboursé (dans le cas général)	Non remboursé	Selon les frais engagés
Chirurgie réfractive	Prix moyen national	Non remboursé	Non remboursé	Prise en charge si prévu au contrat	Niveau 1
<i>Ex : opération corrective de la myopie</i>	Non connu	Non remboursé	Non remboursé	Non remboursé	Selon les frais engagés

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 Remboursements¹ MUTUELLE COMMUNALE Niveau 2

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 Niveau 2	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	30 € par nuitée	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 €
Frais de séjour en secteur privé	Tarif moyen de 794,12 €	794,12 €	770,12 €	24 €	0 €
Honoraires médecins adhérents OPTAM ou OPTAM-CO	Dépassements maîtrisés	BR	100 % BR	Dépassements si prévu au contrat	Niveau 2
Opération en secteur privé : honoraires chirurgien	Tarif moyen de 422 €	271,70 €	271,70 €	0 €	150,30 €
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)	Niveau 2
Opération en secteur privé : honoraires chirurgien	Tarif moyen de 463 €	271,70 €	271,70 €	0 €	191,30 €
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 3344,37 €	3344,37 €	2675,50 €	668,87 €	0 €

Exemples de Remboursements¹ MUTUELLE COMMUNALE Niveau 2

Contrat d'assurance santé responsable ²	Tarif le plus souvent facturé, ou tarif réglementé	Base de remboursement de la sécurité sociale (BR) ³	Remboursement AMO (Assurance maladie obligatoire)	Remboursement Niveau 2	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>	26.50 €	26.50 €	17,55 €	7,95 €	1 € de participation forfaitaire
<i>Ex : consultation pédiatre pour enfant de 2 à 6 ans</i>	33.50 €	33.50 €	23,45 €	10,05 €	0 €
<i>Ex : consultation médecin spécialiste pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie, obstétrique, ophtalmologie, dermatologie, etc...)</i>	31.50 €	31.50 €	21,05 €	9,45 €	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 le contrat Niveau 2
<i>Ex : consultation pédiatre pour enfant de 2 à 6 ans</i>	49 €	33.50 €	23,45 €	10,05 €	15,50 €
<i>Ex : consultation médecin spécialiste pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie, obstétrique, ophtalmologie, dermatologie, etc...)</i>	52 €	31,50 €	21,05 €	9,45 €	21,50 €
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 le contrat Niveau 2
<i>Ex : consultation pédiatre pour enfant de 2 à 16 ans</i>	64 €	23 €	16,10 €	6,90 €	41 €
<i>Ex : consultation médecin spécialiste pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie, obstétrique, ophtalmologie, dermatologie, etc...)</i>	65 €	23 €	15,10 €	6,90 €	43 €
Matériel médical	Tarif moyen facturé	BR	60% BR	40 % BR + dépassement si prévu au contrat	Niveau 2
<i>Ex : achat d'une paire de béquilles</i>	25,99 €	24,40 €	14,64 €	11,35 €	0 €

Contrat d'assurance santé responsable ²	Tarif le plus souvent facturé, ou tarif réglementé	Base de remboursement de la sécurité sociale (BR) ³	Remboursement AMO (Assurance maladie obligatoire)	Remboursement Niveau 2	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 €
<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	Niveau 2
<i>Par oreille pour un patient de plus de 20 ans</i>	1565 €	400 €	240 €	160 €	1165 €

Exemples de Remboursements¹ MUTUELLE COMMUNALE Niveau 2

Contrat d'assurance santé responsable ²	Tarif le plus souvent facturé, ou tarif réglementé	Base de remboursement de la sécurité sociale (BR) ³	Remboursement AMO (Assurance maladie obligatoire)	Remboursement Niveau 2	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€
<i>Ex : pose d'une couronne céramo-métallique sur incisives, canines et premières prémolaires</i>	500 €	120 €	72 €	428 €	0 €
Soins (hors 100% santé)	Tarif de convention	BR	60% BR	40% BR + dépassement si prévu au contrat	Niveau 2
<i>Ex : détartrage</i>	43,38 €	43,38 €	26,03 €	17,35 €	0 €
Prothèses (hors 100% santé)	Prix moyen national	BR	60% BR	40% BR + dépassement si prévu au contrat	Niveau 2
<i>Ex : couronne céramo-métallique sur molaires</i>	554 €	120 €	72 €	48 €	434 €
Orthodontie (moins de 16 ans)	Prix moyen national	BR	100 % BR	Dépassement si prévu au contrat	Niveau 2
<i>Ex : traitement par semestre (6 semestres max)</i>	698 €	193,50 €	193,50 €	0 €	504,50 €
Optique					
Équipement 100% santé	Prix limite de vente (PLV)	BR	60 % BR	40 % BR + dépassement dans la limite des PLV ⁴	0 €
<i>Ex : verres simples + monture</i>	42,50 € (par verre) + 30 € (monture)	12,75 € par verre + 9 €	7,65 € par verre + 5,40 €	34,85 € par verre + 24,60 €	0 €
<i>Ex : verres progressifs + 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	Niveau 2
<i>Ex : verres simples + monture</i>	107 € (par verre) + 142 € (monture)	0,05 € par verre + 0,05 €	0,03 € par verre + 0,03 €	24,97 € par verre + 29,97 €	276 €
<i>Ex : verres progressifs + monture</i>	239 € (par verre) + 142 € (monture)	0,05 € par verre + 0,05 €	0,03 € par verre + 0,03 €	59,97 € par verre + 29,97 €	470 €
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	Niveau 2
<i>Forfait annuel</i>	Non connu	Non remboursé (dans le cas général)	Non remboursé (dans le cas général)	100 % BR + 50 €	Selon les frais engagés
Chirurgie réfractive	Prix moyen national	Non remboursé	Non remboursé	Prise en charge si prévu au contrat	Niveau 2
<i>Ex : opération corrective de la myopie</i>	Non connu	Non remboursé	Non remboursé	100 € par œil	Selon les frais engagés

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 Remboursements¹ MUTUELLE COMMUNALE Niveau 3

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 Niveau 3	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	45 € par nuitée	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 €
Frais de séjour en secteur privé	Tarif moyen de 794,12 €	794,12 €	770,12 €	24 €	0 €
Honoraires médecins adhérents OPTAM ou OPTAM-CO	Dépassements maîtrisés	BR	100 % BR	Dépassements si prévu au contrat	Niveau 3
Opération en secteur privé : honoraires chirurgien	Tarif moyen de 422 €	271,70 €	271,70 €	150,30 €	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)	Niveau 3
Opération en secteur privé : honoraires chirurgien	Tarif moyen de 463 €	271,70 €	271,70 €	135,85 €	55,45 €
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 3344,37 €	3344,37 €	2675,50 €	668,87 €	0 €

Exemples de Remboursements¹ MUTUELLE COMMUNALE Niveau 3

Contrat d'assurance santé responsable ²	Tarif le plus souvent facturé, ou tarif réglementé	Base de remboursement de la sécurité sociale (BR) ³	Remboursement AMO (Assurance maladie obligatoire)	Remboursement Niveau 3	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>	26.50 €	26.50 €	17,55 €	7,95 €	1 € de participation forfaitaire
<i>Ex : consultation pédiatre pour enfant de 2 à 6 ans</i>	33.50 €	33.50 €	23,45 €	10,05 €	0 €
<i>Ex : consultation médecin spécialiste pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie, ophtalmologie, dermatologie, etc...)</i>	31.50 €	31.50 €	21,05 €	9,45 €	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 le contrat Niveau 3
<i>Ex : consultation pédiatre pour enfant de 2 à 6 ans</i>	49 €	33.50 €	23,45 €	25,55 €	0 €
<i>Ex : consultation médecin spécialiste pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie, obstétrique, ophtalmologie, dermatologie, etc...)</i>	52 €	31,50 €	21,05 €	29,95 €	1 €
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 le contrat Niveau 3
<i>Ex : consultation pédiatre pour enfant de 2 à 16 ans</i>	64 €	23 €	16,10 €	18,40 €	29,50 €
<i>Ex : consultation médecin spécialiste pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie, obstétrique, ophtalmologie, dermatologie, etc...)</i>	65 €	23 €	15,10 €	18,40 €	31,50 €
Matériel médical	Tarif moyen facturé	BR	60% BR	40 % BR + dépassement si prévu au contrat	Niveau 3
<i>Ex : achat d'une paire de béquilles</i>	25,99 €	24,40 €	14,64 €	11,35 €	0 €

Contrat d'assurance santé responsable ²	Tarif le plus souvent facturé, ou tarif réglementé	Base de remboursement de la sécurité sociale (BR) ³	Remboursement AMO (Assurance maladie obligatoire)	Remboursement Niveau 3	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 €
<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	Niveau 3
<i>Par oreille pour un patient de plus de 20 ans</i>	1565 €	400 €	240 €	410 €	915 €

Exemples de Remboursements¹ MUTUELLE COMMUNALE Niveau 3

Contrat d'assurance santé responsable ²	Tarif le plus souvent facturé, ou tarif réglementé	Base de remboursement de la sécurité sociale (BR) ³	Remboursement AMO (Assurance maladie obligatoire)	Remboursement Niveau 3	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€
<i>Ex : pose d'une couronne céramo-métallique sur incisives, canines et premières prémolaires</i>	500 €	120 €	72 €	428 €	0 €
Soins (hors 100% santé)	Tarif de convention	BR	60% BR	40% BR + dépassement si prévu au contrat	Niveau 3
<i>Ex : détartrage</i>	43,38 €	43,38 €	26,03 €	17,35 €	0 €
Prothèses (hors 100% santé)	Prix moyen national	BR	60% BR	40% BR + dépassement si prévu au contrat	Niveau 3
<i>Ex : couronne céramo-métallique sur molaires</i>	554 €	120 €	72 €	368 €	114 €
Orthodontie (moins de 16 ans)	Prix moyen national	BR	100 % BR	Dépassement si prévu au contrat	Niveau 3
<i>Ex : traitement par semestre (6 semestres max)</i>	698 €	193,50 €	193,50 €	0 €	504,50 €
Optique					
Équipement 100% santé	Prix limite de vente (PLV)	BR	60 % BR	40 % BR + dépassement dans la limite des PLV ⁴	0 €
<i>Ex : verres simples + monture</i>	42,50 € (par verre) + 30 € (monture)	12,75 € par verre + 9 €	7,65 € par verre + 5,40 €	34,85 € par verre + 24,60 €	0 €
<i>Ex : verres progressifs + 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	Niveau 3
<i>Ex : verres simples + monture</i>	107 € (par verre) + 142 € (monture)	0,05 € par verre + 0,05 €	0,03 € par verre + 0,03 €	44,97 € par verre + 49,97 €	216 €
<i>Ex : verres progressifs + monture</i>	239 € (par verre) + 142 € (monture)	0,05 € par verre + 0,05 €	0,03 € par verre + 0,03 €	79,97 € par verre + 49,97 €	410 €
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	Niveau 3
<i>Forfait annuel</i>	Non connu	Non remboursé (dans le cas général)	Non remboursé (dans le cas général)	100 % BR + 100 €	Selon les frais engagés
Chirurgie réfractive	Prix moyen national	Non remboursé	Non remboursé	Prise en charge si prévu au contrat	Niveau 3
<i>Ex : opération corrective de la myopie</i>	Non connu	Non remboursé	Non remboursé	200 € par œil	Selon les frais engagés

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 Remboursements¹ MUTUELLE COMMUNALE Niveau 4

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 Niveau 4	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 € par nuitée	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 €
Frais de séjour en secteur privé	Tarif moyen de 794,12 €	794,12 €	770,12 €	24 €	0 €
Honoraires médecins adhérents OPTAM ou OPTAM-CO	Dépassements maîtrisés	BR	100 % BR	Dépassements si prévu au contrat	Niveau 4
Opération en secteur privé : honoraires chirurgien	Tarif moyen de 422 €	271,70 €	271,70 €	150,30 €	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)	Niveau 4
Opération en secteur privé : honoraires chirurgien	Tarif moyen de 463 €	271,70 €	271,70 €	191,30 €	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 3344,37 €	3344,37 €	2675,50 €	668,87 €	0 €

Exemples de Remboursements¹ MUTUELLE COMMUNALE Niveau 4

Contrat d'assurance santé responsable ²	Tarif le plus souvent facturé, ou tarif réglementé	Base de remboursement de la sécurité sociale (BR) ³	Remboursement AMO (Assurance maladie obligatoire)	Remboursement Niveau 4	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>	26.50 €	26.50 €	17,55 €	7,95 €	1 € de participation forfaitaire
<i>Ex : consultation pédiatre pour enfant de 2 à 6 ans</i>	33.50 €	33.50 €	23,45 €	10,05 €	0 €
<i>Ex : consultation médecin spécialiste pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie, obstétrique, ophtalmologie, dermatologie, etc...)</i>	31.50 €	31.50 €	21,05 €	9,45 €	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 le contrat Niveau 4
<i>Ex : consultation pédiatre pour enfant de 2 à 6 ans</i>	49 €	33.50 €	23,45 €	25,55 €	0 €
<i>Ex : consultation médecin spécialiste pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie, obstétrique, ophtalmologie, dermatologie, etc...)</i>	52 €	31,50 €	21,05 €	29,95 €	1 €
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 le contrat Niveau 4
<i>Ex : consultation pédiatre pour enfant de 2 à 16 ans</i>	64 €	23 €	16,10 €	29,90 €	18 €
<i>Ex : consultation médecin spécialiste pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie, obstétrique, ophtalmologie, dermatologie, etc...)</i>	65 €	23 €	15,10 €	29,90 €	20 €
Matériel médical	Tarif moyen facturé	BR	60% BR	40 % BR + dépassement si prévu au contrat	Niveau 4
<i>Ex : achat d'une paire de béquilles</i>	25,99 €	24,40 €	14,64 €	11,35 €	0 €

Contrat d'assurance santé responsable ²	Tarif le plus souvent facturé, ou tarif réglementé	Base de remboursement de la sécurité sociale (BR) ³	Remboursement AMO (Assurance maladie obligatoire)	Remboursement Niveau 4	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 €
<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	Niveau 4
<i>Par oreille pour un patient de plus de 20 ans</i>	1565 €	400 €	240 €	510 €	815 €

Exemples de Remboursements¹ MUTUELLE COMMUNALE Niveau 4

Contrat d'assurance santé responsable ²	Tarif le plus souvent facturé, ou tarif réglementé	Base de remboursement de la sécurité sociale (BR) ³	Remboursement AMO (Assurance maladie obligatoire)	Remboursement Niveau 4	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€
<i>Ex : pose d'une couronne céramo-métallique sur incisives, canines et premières prémolaires</i>	500 €	120 €	72 €	428 €	0 €
Soins (hors 100% santé)	Tarif de convention	BR	60% BR	40% BR + dépassement si prévu au contrat	Niveau 4
<i>Ex : détartrage</i>	43,38 €	43,38 €	26,03 €	17,35 €	0 €
Prothèses (hors 100% santé)	Prix moyen national	BR	60% BR	40% BR + dépassement si prévu au contrat	Niveau 4
<i>Ex : couronne céramo-métallique sur molaires</i>	554 €	120 €	72 €	398 €	84 €
Orthodontie (moins de 16 ans)	Prix moyen national	BR	100 % BR	Dépassement si prévu au contrat	Niveau 4
<i>Ex : traitement par semestre (6 semestres max)</i>	698 €	193,50 €	193,50 €	250 €	254,50 €
Optique					
Équipement 100% santé	Prix limite de vente (PLV)	BR	60 % BR	40 % BR + dépassement dans la limite des PLV⁴	0 €
<i>Ex : verres simples + monture</i>	42,50 € (par verre) + 30 € (monture)	12,75 € par verre + 9 €	7,65 € par verre + 5,40 €	34,85 € par verre + 24,60 €	0 €
<i>Ex : verres progressifs + 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	Niveau 4
<i>Ex : verres simples + monture</i>	107 € (par verre) + 142 € (monture)	0,05 € par verre + 0,05 €	0,03 € par verre + 0,03 €	64,97 € par verre + 99,97 €	126 €
<i>Ex : verres progressifs + monture</i>	239 € (par verre) + 142 € (monture)	0,05 € par verre + 0,05 €	0,03 € par verre + 0,03 €	99,97 € par verre + 99,97 €	320 €
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	Niveau 4
<i>Forfait annuel</i>	Non connu	Non remboursé (dans le cas général)	Non remboursé (dans le cas général)	100 % BR + 150 €	Selon les frais engagés
Chirurgie réfractive	Prix moyen national	Non remboursé	Non remboursé	Prise en charge si prévu au contrat	Niveau 4
<i>Ex : opération corrective de la myopie</i>	Non connu	Non remboursé	Non remboursé	500 € par oeil	Selon les frais engagés

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.