

PRESTATIONS	REMBOURSEMENTS			PRÉCISIONS
	Assurance maladie obligatoire (AMO*)	Assurance maladie complémentaire (AMC*) - Mutuelle MOS	Total (AMO + AMC)	
HOSPITALISATION				
Honoraires, actes et soins				
Médecins signataires DPTM*	80% BR*	TM*	100% BR	Actes de chirurgie, anesthésie, obstétrique, et autres actes pratiqués en hospitalisation.
Médecins non signataires DPTM	80% BR	TM	100% BR	
Participation du patient	-	Frais réels	Frais réels	Pour les actes techniques médicaux supérieurs à 120 €
Séjour				
Forfait journalier hospitalier	-	Frais réels	Frais réels	Forfait journalier hospitalier illimité dans les établissements sanitaires
Forfait patient urgence	-	Frais réels	Frais réels	
Frais de séjour	80% BR	Frais réels moins 80% BR	Frais réels	
Chambre particulière par jour	-	-	-	
Lit d'accompagnement (enfant de moins de 16 ans) par jour	-	-	-	
SOINS COURANTS				
Honoraires médicaux				
Consultation, visite, médecins généralistes				
Médecins signataires DPTM	70% BR	TM	100% BR	
Médecins non signataires DPTM	70% BR	TM	100% BR	
Consultation, visite, médecins spécialistes				
Médecins signataires DPTM	70% BR	TM	100% BR	
Médecins non signataires DPTM	70% BR	TM	100% BR	
Actes techniques, radiologie				
Médecins signataires DPTM	70% BR	TM	100% BR	
Médecins non signataires DPTM	70% BR	TM	100% BR	
Participation du patient	-	Frais réels	Frais réels	Pour les actes techniques médicaux supérieurs à 120 €
Honoraires paramédicaux				
Auxiliaires médicaux				
Psychologues remboursés par l'AMO	60% BR	TM	100% BR	
Analyses	60% BR	TM	100% BR	
Matériel médical				
Chaussures et semelles orthopédiques, Prothèse mammaire, capillaire				
Autre matériel médical remboursé par l'AMO	60% BR	TM	100% BR	
Matériel médical non remboursé par l'AMO	-	-	-	
Médicaments				
Médicaments à Service Médical Rendu* important	65% BR	TM	100% BR	
Médicaments à Service Médical Rendu modéré	30% BR	TM	100% BR	
Médicaments à Service Médical Rendu faible	15% BR	-	15% BR	
TRANSPORTS				
Transports remboursés par l'AMO	55% BR	TM	100% BR	
DENTAIRE				
Soins, actes et consultations				
Orthodontie remboursée par l'AMO	60% BR OU 100% BR	TM + 25% BR ou 25% BR	125% BR	
100% santé Soins et prothèses dentaire 100% santé tels que définis réglementairement	60% BR	Frais réels - 60% BR	Frais réels	
Prothèses remboursées par l'AMO et ne relevant pas du dispositif 100% santé	Plafond dentaire de 700 € par année civile et par bénéficiaire. Ce plafond s'applique aux remboursements de l'Assurance Maladie Complémentaire (Mutuelle MOS) pour les prothèses dentaires hors ticket modérateur. Une fois ce plafond atteint, le ticket modérateur reste pris en charge			
Panier Maitrisé avec Respect des Honoraires Limites de Facturation	60% BR	TM + 130% BR	230% BR	
Panier Libre	60% BR	TM + 130% BR	230% BR	
Actes non remboursés par l'AMO				
Prothèses non remboursées par l'AMO				
Implantologie	-	-	-	
Parodontie	-	-	-	
Orthodontie non remboursée par l'AMO	-	-	-	

PRESTATIONS	REMBOURSEMENTS			PRÉCISIONS	
	Assurance maladie obligatoire (AMO*)	Assurance maladie complémentaire (AMC*) - Mutuelle MOS	Total (AMO + AMC)		
OPTIQUE					
1 monture et 2 verres tous les deux ans de date à date pour les adultes de 16 ans et plus (période ramenée à un an en cas de renouvellement anticipé prévu à l'article L 165-1 du Code de la Sécurité Sociale)					
1 monture et 2 verres tous les ans de date à date pour les enfants de moins de 16 ans. Possibilité de combiner des équipements de Classe A et Classe B (verres Classe A + monture Classe B, et inversement)					
Verres ou monture 100% santé tels que définis réglementairement (Classe A)					
100% santé	Monture relevant du dispositif 100% santé	60% BR	Frais réels moins 60 % BR	Frais réels	
	Verres simples, complexes et très complexes relevant du dispositif 100% santé	60% BR	Frais réels moins 60 % BR	Frais réels	
	Suppléments et prestations optiques (Adaptation de la correction visuelle, prisme, système antiptosis, verres iséconiques)	60% BR	Frais réels moins 60 % BR	Frais réels	
	Equipements remboursés par l'AMO et ne relevant pas du dispositif 100% santé (Classe B)				
	Enfants de moins de 16 ans				
	Monture	60% BR	TM + 29,95 €	30 €	
	Verre simple	60% BR	TM + 34,95 €	35 €	Par verre
	Verre complexe	60% BR	TM + 59,95 €	60 €	Par verre
	Verre très complexe	60% BR	TM + 59,95 €	60 €	Par verre
	Adultes de 16 ans et plus				
Monture	60% BR	TM + 49,95 €	50 €		
Verre simple	60% BR	TM + 44,95 €	45 €	Par verre	
Verre complexe	60% BR	TM + 69,95 €	70 €	Par verre	
Verre très complexe	60% BR	TM + 69,95 €	70 €	Par verre	
Lentilles					
Lentilles remboursées ou non remboursées par l'AMO	60% BR OU 0 €	100 € (TM INCLUS)	100 €	Forfait par année civile et par bénéficiaire, si médicalement prescrites	
Autres actes non remboursés par l'AMO					
Chirurgie réfractive de l'œil	-	-	-		
AIDES AUDITIVES					
Une aide auditive tous les 4 ans par oreille de date à date.					
Equipements 100% santé (Classe I) (tels que définis règlementairement)					
100% santé	Aides auditives	60% BR	Frais réels moins 60 % BR	Frais réels	
	Equipements remboursés par l'AMO et ne relevant pas du dispositif 100% santé (Classe II)				
Aides auditives	60 % BR	TM	100% BR	Par oreille, tous les 4 ans ⁽¹⁾	
BIEN-ETRE ET PRÉVENTION					
Médecines douces					
-	-	-	-		
Cures thermales remboursées par l'AMO					
Soins cures thermales	65% BR	-	65% BR		
Forfait cures thermales	-	-	-		
Actes de prévention					
Actes de prévention (déterminés par arrêté ministériel)	OUI	OUI	OUI	Actes de prévention définis par la réglementation pris en charge dans le cadre des contrats responsables	
Vaccin anti-grippe	-	-	-		
Contraception non remboursée par l'AMO	-	-	-		
Forfait installation Télé Assistance	-	-	-		
LES PLUS MOS					
Assistance MOS ⁽²⁾	-	OUI	OUI		
Réseaux de soins	-	OUI	OUI	Kalixia (réseaux de dentistes, d'opticiens, d'audioprothésistes et d'ostéopathes)	
Fonds social MOS	-	OUI	OUI	Contactez la Mutuelle MOS	
Prime naissance ou adoption	-	-	-		

*AMO : Assurance Maladie Obligatoire (part Régime Obligatoire) / AMC : Assurance Maladie Complémentaire (part Mutuelle) / BR : Base de Remboursement (tarif officiel Assurance Maladie) / SMR : Le Service Médical Rendu est évalué par la Haute Autorité de Santé / DPTM : Dispositif de Pratique Tarifaire Maitrisée / TM : Ticket Modérateur, partie de vos dépenses de santé qui reste à votre charge une fois que l'Assurance Maladie a remboursé sa part.

Le remboursement de l'AMC s'applique dans la limite des dépenses réelles et dans le respect du parcours de soins.

Document diffusé à titre d'information n'ayant pas de valeur contractuelle

⁽¹⁾ Un renouvellement anticipé de la prise en charge de l'aide auditive peut toutefois intervenir, sans préjudice de l'application des dispositions de l'article R.165-24 du Code de la sécurité sociale, si les conditions cumulatives suivantes sont satisfaites :
- période d'au moins deux ans écoulée suivant la date de délivrance de l'aide auditive précédente (ce délai s'entendant pour chaque oreille indépendamment) ;
- renouvellement sollicité pour une aide auditive hors d'usage, reconnue irréparable ou inadaptée à l'état du bénéficiaire.

⁽²⁾ Contrat collectif souscrit auprès de RMA - Ressources Mutuelles Assistance soumise aux dispositions du Livre II du Code de la mutualité immatriculée sous le SIREN 444 269 682. Siège social : 46 rue du moulin - CS 32427 - 44124 Vertou Cedex



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) MUTUELLE MOS	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 contrat
Séjours avec actes lourds					
L'hôpital public inclut la rémunération des praticiens dans les frais de séjour, alors que leurs honoraires sont facturés séparément dans le secteur privé					
Exemple d'une opération chirurgicale de la cataracte, en secteur privé					
Frais de séjour	Différent selon public/privé	BR	BR - 24 €	24 €	0 €
Frais de séjour en secteur privé	835,60 €	835,60 €	811,60 €	24 €	0 €
Honoraires médecins adhérents OPTAM ou OPTAM-CO	Dépassements maîtrisés	BR	100 % BR	Dépassements si prévus au contrat	Selon contrat
Opération en secteur privé : honoraires chirurgien	434 €	271,70 €	271,70 €	0 €	162,30 €
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	473 €	271,70 €	271,70 €	0 €	201,30 €
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	3 541 €	3 541 €	2 832,80 €	708,20 €	0 €
SOINS COURANTS					
Honoraires médecins secteur 1 (généralistes ou spécialistes)	Tarif de convention	BR	70 % BR - 2 €*	30 % BR	2 € de participation forfaitaire*
Ex : consultation médecin traitant généraliste pour un patient de plus de 18 ans	30 €**	30 €**	19 €**	9 €	2 € de participation forfaitaire*
Ex : consultation pédiatre pour enfant de 2 à 6 ans	35 €**	35 €**	24,50 €**	10,50 €	0 €
Ex : consultation médecin spécialiste pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie obstétrique, ophtalmologie, dermatologie, etc...)	37 €**	37 €**	23,90 €**	11,10 €	2 € de participation forfaitaire*
Honoraires médecins adhérents OPTAM ou OPTAM-CO	Dépassements maîtrisés	BR	70 % BR - 2 €*	30 % BR + dépassement si prévu au contrat	2 € de participation forfaitaire* plus dépassement selon contrat
Ex : consultation pédiatre pour enfant de 2 à 6 ans	50 €	35 €**	24,50 €**	10,50 €	15 €
Ex : consultation médecin spécialiste pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie obstétrique, ophtalmologie, dermatologie, etc...)	54 €	37 €**	23,90 €**	11,10 €	19 €
Honoraires médecins secteur 2 (non adhérents OPTAM ou OPTAM-CO)	Honoraires libres	BR	70 % BR - 2 €*	30 % BR + dépassement si prévu au contrat (remboursement des dépassements plafonné à 100% BR)	2 € de participation forfaitaire*, plus dépassement selon contrat
Ex : consultation pédiatre pour enfant de 2 à 16 ans	62 €	23 €	16,10 €	6,90 €	39 €
Ex : consultation médecin spécialiste pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie obstétrique, ophtalmologie, dermatologie, etc...)	67 €	23 €	14,10 €	6,90 €	46 €
Matériel médical	Tarif moyen facturé	BR	60% BR	40 % BR + dépassement si prévu au contrat	Selon contrat
Ex : achat d'une paire de béquilles	26,18 €	24,40 €	14,64 €	9,76 €	1,78 €
DENTAIRE					

* Depuis le 15 mai 2024, le montant de la participation forfaitaire s'élève à 2€

** Tarifs en vigueur issus de la convention médicale signée le 4 juin 2024 et publiée au JORF du 21 juin 2024

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) MUTUELLE MOS	RESTE À CHARGE
Soins et prothèses 100% santé	Honoraire limite de facturation (HLF)	BR	60% BR	40% BR + dépassement dans la limite du plafond des honoraires	0 €
Ex : pose d'une couronne céramo-métallique sur incisives, canines et premières prémolaires (HBLD634)	500 €	120 €	72 €	428 €	0 €
Soins (hors 100% santé)	Tarif de convention	BR	60% BR	40% BR + dépassement si prévu au contrat	Selon contrat
Ex : détartrage	43,38 €	43,38 €	26,03 €	17,35 €	0 €
Prothèses (hors 100% santé)	Prix moyen national	BR	60% BR	40% BR + dépassement si prévu au contrat	Selon contrat
Ex : couronne céramo-métallique sur molaires	557 €	120 €	72 €	204 €	281 €
Orthodontie (moins de 16 ans)	Prix moyen national	BR	100 % BR	Dépassement si prévu au contrat	Selon contrat
Ex : traitement par semestre (6 max)	707 €	193,50 €	193,50 €	48,38 €	465,12 €
OPTIQUE					
Équipement 100% santé	Prix limite de vente (PLV)	BR	60 % BR	40 % BR + dépassement dans la limite des PLV ⁴	0 €
Ex : Verres simples et monture	42,50 € (par verre) + 30 € (monture)	12,75 € (par verre) + 9 € (monture)	7,65€ (par verre) + 5,40€ (monture)	34,85€ (par verre) + 24,60 € (monture)	0 €
Ex : Verres progressifs et monture	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
Ex : verres simples + monture	110 € (par verre) + 146 € (monture)	0,05 € (par verre) + 0,05 € (monture)	0,03 € (par verre) + 0,03 € (monture)	44,97 € (par verre) + 49,97 € (monture)	65 € (par verre) + 96 € (monture)
Ex : verres progressifs + monture	243 € (par verre) + 146 € (monture)	0,05 € (par verre) + 0,05 € (monture)	0,03 € (par verre) + 0,03 € (monture)	69,97 € (par verre) + 49,97 € (monture)	173 € (par verre) + 96 € (monture)
Lentilles	Prix moyen national	Pas de prise en charge (dans le cas général)	Pas de prise en charge (dans le cas général)	Prise en charge si prévu au contrat	Selon contrat
Forfait annuel	NC	Non remboursé (dans le cas général)	Non remboursé (dans le cas général)	jusqu'à 100 €	Selon contrat et coût des lentilles
Chirurgie réfractive	Prix moyen national	Non remboursé	Non remboursé	Prise en charge si prévu au contrat	Selon contrat
Ex : opération corrective de la myopie	NC	Non remboursé	Non remboursé	Non remboursé	Selon contrat et coût de l'opération
AIDES AUDITIVES					
Équipement 100% santé	Prix limite de vente (PLV)	BR	60 % BR	40 % BR + dépassement dans la limite des PLV	0 €
Par oreille pour un patient de plus de 20 ans	950 €	400 €	240 €	710 €	0 €
Équipement (hors 100% santé)	Prix moyen national	BR	60 % BR	40 % BR + dépassement si prévu au contrat, dans la limite des plafonds réglementaires	Selon contrat
Par oreille pour un patient de plus de 20 ans	1 582 €	400 €	240 €	160 €	1 182 €

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

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

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

4 : Prix limite de vente

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

