

Exemples de Remboursement en euros à effet du 1^{er} janvier 2026¹ (Document sans valeur contractuelle)

Contrat d'assurance santé responsable ²	Tarif le plus souvent facturé, ou tarif réglementé	Base de remboursement de la Sécurité sociale (BR) ³	Remboursement assurance maladie obligatoire (AMO)	Remboursement assurance maladie complémentaire (AMC)				Reste à charge			
				Initiale	Essentielle	Confort	Optimale	Initiale	Essentielle	Confort	Optimale
Hospitalisation											
Forfait journalier hospitalier (hébergement)	20 € (15 € en service psychiatrique)	0 €	0 €	20 € (15 €)	20 € (15 €)	20 € (15 €)	20 € (15 €)	0 €	0 €	0 €	0 €
Chambre particulière (sur demande du patient)	Non connu (NC)	Non remboursé	Non remboursé	Non remboursé	Non remboursé	Non remboursé	+70 € / jour*	-	-	-	-
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	838,98 €	838,98 €	814,98 €	24 €	24 €	24 €	24 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Honoraires médecins (adhérents OPTAM ou OPTAM-ACO) ⁶	Dépassements maîtrisés	BR	100 % BR	Dépassement si prévu au contrat				Selon contrat			
Opération en secteur privé : honoraires chirurgien	443 €	271,70 €	271,70 €	0 €	0 €	0 €	171,30 €	171,30 €	171,30 €	171,30 €	0 €
Honoraires médecins secteur 2 (non adhérents OPTAM ou OPTAM-ACO) ⁷	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	486 €	271,70 €	271,70 €	0 €	0 €	0 €	214,30 €	214,30 €	214,30 €	214,30 €	0 €
Séjours sans 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'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	3 754 €	3 754 €	3 003,20 €	750,80 €	750,80 €	750,80 €	750,80 €	0 €	0 €	0 €	0 €

* Délai de carence de 6 mois et limitation à 30J/an/bénéficiaire

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 AMC (Assurance maladie complémentaire)				Reste à charge						
				Initiale	Essentielle	Confort	Optimale	Initiale	Essentielle	Confort	Optimale			
Soins courants														
Honoraires médecins secteur 1 (généralistes ou spécialistes)				30 % BR				2 € de participation forfaitaire						
<i>Ex : consultation médecin traitant généraliste pour un patient de plus de 18 ans</i>	30 €	30 €	19 €	9 €	9 €	9 €	9 €	2 €	2 €	2 €	2 €			
<i>Ex : consultation pédiatre pour enfant de 2 à 6 ans</i>	35 €	35 €	24,50 €	10,50 €	10,50 €	10,50 €	10,50 €	0 €	0 €	0 €	0 €			
<i>Ex : consultation médecin spécialiste pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie obstétrique, ophtalmologie, dermatologie, etc...)</i>	40 €	40 €	26 €	12 €	12 €	12 €	12 €	2 €	2 €	2 €	2 €			
Honoraires médecins adhérents OPTAM ou OPTAM-ACO⁶	Dépassements maîtrisés	BR	70 % BR – 2 €	30 % BR + dépassement si prévu au contrat				2 € de participation forfaitaire, plus dépassement selon contrat						
				100 % BR	100 % BR	175% BR Généralistes, 225% BR Spécialistes	250% BR Généralistes, 300% BR Spécialistes							
<i>Ex : consultation pédiatre pour enfant de 2 à 6 ans</i>	50 €	35 €	24,50 €	10,50 €	10,50 €	25,50 €	25,50 €	15 €	15 €	0 €	0 €			
<i>Ex : consultation médecin spécialiste pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie obstétrique, ophtalmologie, dermatologie, etc...)</i>	53 €	40 €	26 €	12 €	12 €	25 €	25 €	15 €	15 €	2 €	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 assurance maladie complémentaire (AMC) Reste à charge				Reste à charge			
				Initiale	Essentielle	Confort	Optimale	Initiale	Essentielle	Confort	Optimale
Soins courants											
Honoraires médecins secteur 2 (Non adhérents OPTAM ou OPTAM-ACO) ⁷	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			
				100% BR	100% BR	150 % BR	200 % BR				
Ex : consultation pédiatre pour enfant de 2 à 16 ans	62 €	23 €	16,10 €	6,90 €	6,90 €	18,40 €	29,90 €	39 €	39 €	27,50 €	16 €
Ex : consultation médecin spécialiste pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie obstétrique, ophtalmologie, dermatologie, etc...)	66 €	23 €	14,10 €	6,90 €	6,90 €	18,40 €	29,90 €	45 €	45 €	33,50 €	22 €
Matériel médical	Tarif moyen facturé	BR	60% BR	40 % BR + dépassement si prévu au contrat				Selon contrat			
				100% BR	100% BR	175% BR	250% BR				
Ex : achat d'une paire de béquilles	26,71 €	24,40 €	14,64 €	9,76 €	9,76 €	12,07 €	12,07 €	2,31 €	2,31 €	0 €	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 assurance maladie obligatoire (AMO)	Remboursement AMC (Assurance maladie complémentaire)				Reste à charge			
				Initiale	Essentielle	Confort	Optimale	Initiale	Essentielle	Confort	Optimale
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 €		
					100% FR	100% FR	100% FR				
Ex : pose d'une couronne céramo-métallique sur incisives, canines et premières prémolaires (HBLD634)	515 €	120 €	72 €	0 €	443 €	443 €	443 €	443 €	0 €	0 €	0 €
Soins (hors 100% santé)	Tarif de convention	BR	60% BR	40% BR + dépassement si prévu au contrat				Selon contrat			
				100% BR	100% BR	175% BR	250% BR				
Ex : détartrage	43,38 €	43,38 €	26,03 €	17,35 €	17,35 €	17,35 €	17,35 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Prothèses (hors 100% santé)	Prix moyen national	BR	60% BR	-	40% BR + dépassement si prévu au contrat				Selon contrat		
					100% BR	250% BR	400% BR				
Ex : couronne céramo-métallique sur molaires	561,99 €	120 €	72 €	0 €	48 €	228 €	408 €	489,99 €	441,99 €	261,99 €	81,99 €
Orthodontie (moins de 16 ans)	Prix moyen national	BR	100 % BR	-	Dépassement si prévu au contrat				Selon contrat		
					100% BR	200% BR	300% BR				
Ex : traitement par semestre (6 max)	714,10 €	193,50 €	193,50 €	0 €	0 €	193,50 €	387 €	520,60 €	520,60 €	327,10 €	133,60 €

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 AMC (Assurance maladie complémentaire)				Reste à charge			
				Initiale	Essentielle	Confort	Optimale	Initiale	Essentielle	Confort	Optimale
Optique											
Équipement 100% santé	Prix limite de vente (PLV)	BR	60 % BR		40 % BR + dépassement dans la limite des PLV ⁴			-	0 €		
					100% FR -	100% FR	100% FR		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	0€	34,85 € par verre + 24,60 € monture	34,85 € par verre + 24,60 € monture	34,85 € par verre + 24,60 € monture	34,85 € par verre + 24,60 € monture	0 €	0 €	0 €
Ex : Verres progressifs et monture	90 € (par verre) + 30 € (monture)	27 € par verre + 9 € monture	16,20 € par verre + 5,40 € monture	0€	73,80 € par verre + 24,60 € monture	73,80 € par verre + 24,60 € monture	73,80 € par verre + 24,60 € monture	73,80 € par verre + 24,60 € monture	0 €	0 €	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			
					49,91 € (verres + monture plafonnée max 29,97 € par monture)	199,91 € (verres + monture plafonnée max 99,97 € par monture)	319,91 € (verres + monture plafonnée max 99,97 € par monture)	372 € (verres + monture)	322 € (verres + monture)	172 € (verres + monture)	0 € par verre + 48 € monture
Ex : verres simples et monture	112 € (par verre) + 148 € (monture)	0,05 € par verre + 0,05 € monture	0,03 € par verre + 0,03 € monture	0 €	199,91 € (verres + monture plafonnée max 29,97 € par monture)	199,91 € (verres + monture plafonnée max 99,97 € par monture)	585,91 € (verres + monture plafonnée max 99,97 € par monture)	639,91 € (verres + monture)	440 € (verres + monture)	432 € (verres + monture)	0 € par verre + 48 € monture
Ex : verres progressifs et monture	246 € (par verre) + 148 € (monture)	0,05 € par verre + 0,05 € monture	0,03 € par verre + 0,03 € monture	0 €	199,91 € (verres + monture plafonnée max 29,97 € par monture)	199,91 € (verres + monture plafonnée max 99,97 € par monture)	585,91 € (verres + monture plafonnée max 99,97 € par monture)	639,91 € (verres + monture)	440 € (verres + monture)	432 € (verres + monture)	0 € par verre + 48 € 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			
				Non remboursé (dans le cas général)	Non remboursé (dans le cas général)	Non remboursé	Non remboursé	200 € /an	350 € / an	-	-
Forfait annuel	NC	Non remboursé (dans le cas général)	Non remboursé (dans le cas général)	Non remboursé	Non remboursé	200 € /an	350 € / an	-	-	-	-

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 AMC (Assurance maladie complémentaire)				Reste à charge			
				Initiale	Essentielle	Confort	Optimale	Initiale	Essentielle	Confort	Optimale
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>	NC	Non remboursé	Non remboursé	Non remboursé	Non remboursé	150 €/an/œil	300 €/an/œil	-	-	-	-
Aides auditives											
Équipement 100% santé	Prix limite de vente (PLV)	BR	60% BR	-	40% BR + dépassement dans la limite des PLV			-	0 €		
					100% FR	100% FR	100% FR				
<i>Par oreille pour un patient de plus de 20 ans</i>	950 €	400 €	240 €	0 €	710 €	710 €	710 €	710 €	0 €	0 €	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		
					100% BR	950 €⁵/4 ans	1 700€⁵/4 ans				
<i>Par oreille pour un patient de plus de 20 ans</i>	1 515 €	400 €	240 €	0 €	160 €	950 € ⁵	1 342 € ⁵	1 275 €	1 115 €	325 €	0 €

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

5 : Le remboursement AMC sur les aides auditives en formules Confort et Optimale est effectué tous les 4 ans grâce à un forfait unique, quel que soit le nombre d'équipements acquis

6 : Praticiens (généralistes, spécialistes, radiologues, etc.) ayant adhéré aux Dispositifs de Pratiques Tarifaires

7 : Praticiens (généralistes, spécialistes, radiologues, etc.) n'ayant pas adhéré aux Dispositifs de Pratiques Tarifaires Maîtrisées

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 (Union nationale des organismes complémentaires d'assurance maladie) (<https://unocam.fr/ressources/documents-a-telecharger/>)