

Assurance Complémentaire Santé

Document d'information sur le produit d'assurance

Compagnie : PAVILLON PREVOYANCE

Union régie par le Code de la Mutualité et ses dispositions du Livre II, Siren n° 442 978 086

Produit : INOVA

Pavillon
Prévoyance

Ce document d'information présente un résumé des principales garanties et exclusions du produit. Il ne prend pas en compte vos besoins et demandes spécifiques. Vous trouverez l'information complète sur ce produit dans la documentation pré contractuelle et contractuelle.

En particulier, les niveaux de remboursement seront détaillés dans le tableau de garanties.

De quel type d'assurance s'agit-il ?

Le produit d'Assurance Complémentaire Santé est destiné à rembourser tout ou partie des frais de santé restant à la charge de l'assuré et des éventuels bénéficiaires en cas d'accident, de maladie ou de maternité, en complément de la Sécurité sociale française. Le produit respecte les conditions légales des contrats responsables.



Qu'est-ce qui est assuré ?

Les montants des prestations sont soumis à des plafonds qui varient en fonction du niveau de garantie choisi, et figurent dans le tableau de garanties. Ils ne peuvent être plus élevés que les dépenses engagées, et une somme peut rester à votre charge.

LES GARANTIES SYSTEMATIQUEMENT PREVUES

- ✓ **Hospitalisation et maternité** : honoraires, frais de séjour, forfait journalier hospitalier, maison de repos et de convalescence, centre de rééducation moyen séjour, transport
- ✓ **Soins courants et prescriptions médicales** : consultations médecins généralistes et spécialistes, imagerie médicale, analyses et examens de laboratoire, honoraires paramédicaux, consultations psychologues remboursables (dispositif "Mon soutien psy"), médicaments remboursables à 65% par la Sécurité sociale, vaccin antigrippal, télésurveillance médicale remboursable
- ✓ **Frais optiques** : panier 100% santé (monture + verres 100% santé), hors panier 100% santé (monture et verres, lentilles acceptées)
- ✓ **Frais dentaires** : panier 100% santé (soins et prothèses 100% santé), hors panier 100% santé (soins, prothèse et orthodontie acceptées)
- ✓ **Appareillages remboursés par la Sécurité sociale** : aides auditives : panier 100% santé (aide auditive de classe I par oreille), hors panier 100% santé (aide auditive de classe II par oreille), prothèses capillaires, mammaires et oculaires, orthopédie et petit appareillage remboursés
- ✓ **Prévention** : consultation podologie, ostéodensitométrie non remboursable, contraception, sevrage tabagique

LES GARANTIES OPTIONNELLES

Chambre particulière, frais d'accompagnement, traitement du cancer, accouchement, pharmacie extra-usuelle, hospitalisation en urgence, Médicaments remboursables à 15% et 30% par la Sécurité sociale, autres vaccins, pharmacie non remboursables Médecine douce, parodontologie, implantologie, orthodontie refusée, prothèses dentaires refusées, lentilles refusées, chirurgie réfractive, Prévention (consultations diététique, allergologie, cure thermique, amniocentèse, auto-tensiomètre, médecine douce), Forfait naissance – adoption (assuré par Harmonie Mutuelle)

LES SERVICES SYSTEMATIQUEMENT PREVUS

- ✓ Réseau de soins (réduction tarifaire chez les opticiens, chirurgiens-dentistes et audioprothésistes partenaires), service d'analyse de devis, E-service (compte en ligne...), service conseil social, téléconsultation (service en partenariat avec la plateforme e-santé Maiia), deuxième avis médical (service en partenariat avec deuxiemeavis.fr)

L'ASSISTANCE SYSTEMATIQUEMENT PREVUE

- ✓ Aide à domicile en cas d'hospitalisation
- ✓ Prise en charge des enfants, proche dépendant...

Les garanties précédées d'une coche ✓ sont systématiquement prévues au contrat.



Qu'est-ce qui n'est pas assuré ?

- ✗ Les soins reçus ou prescrits en dehors de la période de validité du contrat
- ✗ Les dépenses de soins relatives aux séjours effectués dans les unités ou centres de long séjour, dans les établissements ou les services qui accueillent des personnes âgées ou qui leur apportent à domicile une assistance dans les actes quotidiens de la vie, des prestations de soins ou une aide à l'insertion sociale
- ✗ La chirurgie esthétique non prise en charge par la Sécurité sociale
- ✗ Le forfait journalier facturé par les établissements d'hébergement médico-sociaux
- ✗ Toutes les prestations non remboursées par l'AMO (Assurance Maladie Obligatoire) et ne figurant pas sur la fiche produit



Y-a-t-il des exclusions à la couverture ?

PRINCIPALES EXCLUSIONS DU CONTRAT RESPONSABLE

- ! La participation forfaitaire de 2 € et les franchises sur les boîtes de médicaments, actes paramédicaux et transport.
- ! La majoration du ticket modérateur et les dépassements d'honoraires si les dépenses de santé sont réalisées en dehors du parcours de soins.
- ! Les dépassements d'honoraires au-delà de la limite fixée réglementairement pour les médecins n'adhérant pas à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée.

PRINCIPALES RESTRICTIONS

- ! **Optique** : prise en charge limitée à un équipement par période de 2 ans, réduite à 1 an pour les personnes âgées de moins de 16 ans ou en cas d'évolution de la vue
- ! **Aides auditives** : prise en charge limitée à 1 appareil par oreille tous les 4 ans
- ! **Cure** : ne prend pas en charge les cures effectuées en hospitalisation, cures d'amaigrissement ou de rajeunissement



Où suis-je couvert ?

- ✓ En France et à l'étranger.
- ✓ Dans le cas où les soins ont été dispensés à l'étranger, le remboursement se fait sur la base de remboursement et en complément du régime d'assurance maladie obligatoire français.



Quelles sont mes obligations ?

Sous peine de suspension des garanties

A la souscription du contrat :

- Remplir avec exactitude le bulletin d'affiliation.
- Fournir tous les documents justificatifs demandés.
- Régler la cotisation selon les modalités choisies.

En cours de contrat :

- Fournir tous les documents justificatifs demandés pour le paiement des prestations prévues au contrat.
- Faire parvenir les demandes de remboursements à la mutuelle dans un délai maximum de deux ans suivant la date de remboursement des soins par la Sécurité sociale.
- L'adhérent et/ou l'ayant droit s'engage à transmettre à la mutuelle dans le délai d'un mois de sa survenance, toute modification intervenant dans sa situation : adresse, état civil, naissance/mariage/décès, changement de situation au regard de l'AMO et tout changement dans leur régime (étudiant, salarié, demandeur d'emploi), pouvant dans certains cas entraîner la modification du contrat et de la cotisation.



Quand et comment effectuer les paiements ?

Le souscripteur est seul responsable du paiement des cotisations des salariés et/ou ayants droit ayant adhéré de manière obligatoire au contrat, y compris en ce qui concerne la part salariale éventuelle.

- Les cotisations sont payables d'avance annuellement.
- Un paiement fractionné peut toutefois être accordé au choix (semestriel, trimestriel, mensuel).
- Les paiements peuvent être effectués par chèque (année, semestre) ou prélèvement automatique.



Quand commence la couverture et quand prend-elle fin ?

- La date d'effet du contrat fixée d'un commun accord est indiquée au bulletin d'affiliation
- En cas de contrat conclu à distance ou de démarchage à domicile, l'adhérent dispose d'un délai de renonciation de quatorze jours, qui commence à courir à compter de la conclusion du contrat ou à compter de la réception de l'ensemble de la documentation contractuelle (si cette date est postérieure à la date de conclusion du contrat).
- L'affiliation cesse à la date de rupture du contrat de travail de l'adhérent.



Comment puis-je résilier le contrat ?

Le contrat peut être résilié :

- à la date d'échéance principale du contrat, par lettre ou tout autre support durable ou moyen prévu à l'article L. 221-10-3 du Code de la mutualité, adressé à la mutuelle au moins 2 mois avant la date d'échéance ;
- à tout moment, sans frais ni pénalités, à l'issue d'un délai d'un an à compter de la date de la première souscription, dans les conditions énoncées dans le contrat. La résiliation sera alors effective un mois après que la mutuelle en aura reçu notification.

Garanties	Taux de remboursement de la Sécurité sociale	+ Prestations mutuelle	= Couverture totale
-----------	--	---------------------------	---------------------

Les garanties sont exprimées en pourcentage de la base de remboursement de l'Assurance Maladie Obligatoire, en pourcentage du Plafond mensuel de la Sécurité sociale ou en forfait en euros. Toutes les prestations sont accordées dans la limite des frais réellement engagés. Contrat « responsable et solidaire ». **Selon les conditions du contrat et de la notice d'information NICCO, sous réserve de modifications réglementaires non publiées à la date d'établissement du présent document (1^{er} août 2025).**

Hospitalisation

Forfait journalier hospitalier	–	100 %	100 %
Frais de séjour chirurgical et médical	80 % ou 100 % ⁽¹⁾	20 % ⁽¹⁾	100 %
Soins → Médecins adhérents à un DPTM * → Médecins non adhérents à un DPTM *	80 % ou 100 % ⁽¹⁾⁽²⁾ 80 % ou 100 % ⁽¹⁾⁽²⁾	100 % à 170 % ⁽¹⁾⁽²⁾ 100 % à 120 % ⁽¹⁾⁽²⁾	250 % ⁽¹⁾⁽²⁾ 200 % ⁽¹⁾⁽²⁾
Traitement du cancer → Médecins adhérents à un DPTM * → Médecins non adhérents à un DPTM *	100 % 100 %	150 % ⁽²⁾ 100 % ⁽²⁾	250 % ⁽²⁾ 200 % ⁽²⁾
Accouchement → Médecins adhérents à un DPTM * → Médecins non adhérents à un DPTM *	100 % 100 %	150 % ⁽²⁾ 100 % ⁽²⁾	250 % ⁽²⁾ 200 % ⁽²⁾
Maison de repos, convalescence, centre de rééducation moyen séjour	80 % ou 100 % ⁽¹⁾	20 % ⁽¹⁾	100 %
Frais d'accompagnement	–	27,50 €/jour	27,50 €/jour 10 jours maxi.
Pharmacie extra-usuelle	–	160 € ⁽³⁾	160 €
Hospitalisation en urgence	– –	260 € ⁽³⁾ 61 € ⁽³⁾	260 € À l'étranger 61 € Hors département
Chambre particulière → avec nuitée → sans nuitée	– –	65 €/jour 30 €/jour	65 €/jour 30 €/jour
Transport	55 %	45 %	100 %

Soins courants

Médecins généralistes → Médecins adhérents à un DPTM * → Médecins non adhérents à un DPTM *	70 % 70 %	80 % ⁽²⁾ 60 % ⁽²⁾	150 % ⁽²⁾ 130 % ⁽²⁾
Médecins spécialistes → Médecins adhérents à un DPTM * → Médecins non adhérents à un DPTM *	70 % 70 %	130 % ⁽²⁾ 110 % ⁽²⁾	200 % ⁽²⁾ 180 % ⁽²⁾
Imagerie médicale → Médecins adhérents à un DPTM * → Médecins non adhérents à un DPTM *	70 % 70 %	80 % ⁽²⁾ 60 % ⁽²⁾	150 % ⁽²⁾ 130 % ⁽²⁾
Analyses et examens de laboratoire	60 %	40 %	100 %
Honoraires paramédicaux : Soins infirmiers – Massages – Kinésithérapie	60 %	40 %	100 %
Psychologues remboursables « Mon soutien psy »	60 %	40 %	100 % Selon les conditions légales et réglementaires applicables au dispositif Mon soutien psy
Médicaments remboursables	15 % à 65 %	35 % à 85 %	100 %
Vaccin antigrippal	–	100 %	100 %
Autres vaccins	–	40 € ⁽³⁾	40 €
Télésurveillance remboursable	60 %	40 %	100 %

Véhicules pour personnes en situation de handicap

Panier 100% santé ** → Location courte durée ⁽⁴⁾	60 %	40 % + dépassements **	100 % ** Des dépenses réelles. Remboursement intégral
---	------	------------------------	--

Prothèse

Panier 100% santé ** → Capillaire de classe II	100 %	Dépassements **	100 % ** Des dépenses réelles. Remboursement intégral
Hors panier 100% santé → Capillaire de classe III et IV	100 %	200 %	300 %
→ Mammaire et oculaire	100 %	200 %	300 % Dans la limite d'un plafond annuel de 300 €/type de prothèse
→ Orthopédie et petit appareillage remboursés	60 %	240 %	300 %

Aide auditive ⁽⁵⁾

Panier 100% santé ** → Aide auditive de classe I par oreille	60 %	40 %	100 % Remboursement intégral
Hors panier 100% santé → Aide auditive de classe II par oreille	60 %	240 %	300 % Dans la limite des dépenses réelles par appareillage

Dentaire ⁽⁶⁾

Panier 100% santé ** → Soins et prothèses 100% santé	60 %	40 %	100 % Remboursement intégral
Hors panier 100% santé → Soins	60 %	40 %	100 %
→ Prothèse dentaire acceptée	60 %	240 %	300 %
→ Prothèse dentaire refusée	-	150 € ⁽³⁾	150 €
→ Parodontologie	-	150 € ⁽³⁾	150 €
→ Implantologie	-	700 € ⁽³⁾	700 €
→ Orthodontie acceptée	100 %	200 %	300 %
→ Orthodontie refusée	-	10 % PMSS *** ⁽³⁾	10 % PMSS ***

PLAFOND ANNUEL
(hors soins
et orthodontie acceptés)
1 500 €/an

Optique

Panier 100% santé ** → Monture + verres 100% santé	60 %	40 %	100 % Remboursement intégral
Hors panier 100% santé → Monture ⁽⁷⁾ et verres simples ⁽⁸⁾	60 %	40 %	Forfaits monture et verres RO et TM inclus 100 %
→ Monture ⁽⁷⁾ et verres complexes ⁽⁸⁾	60 %	40 %	100 % + FORFAIT ÉQUIPEMENT 280 €/2 ans ⁽⁹⁾
→ Monture ⁽⁷⁾ et verres très complexes ⁽⁸⁾	60 %	40 %	100 % + FORFAIT ÉQUIPEMENT 420 €/2 ans ⁽⁹⁾
→ Lentilles acceptées	60 %	40 %	100 % + FORFAIT ÉQUIPEMENT 480 €/2 ans ⁽⁹⁾
→ Lentilles refusées	-	160 € ⁽³⁾	100 % + FORFAIT ÉQUIPEMENT 320 €/an
→ Chirurgie réfractive	-	370 €/œil	160 € 370 €/œil

**FORFAIT
LUNETTES**
jusqu'à
490 €/2 ans
OPTIQUE

Bien-être et prévention

Cure thermique : forfait établissement ⁽¹⁰⁾	65 %	35 %	100 % + FORFAIT 110 €/an
Cure thermique : honoraires de surveillance ⁽¹⁰⁾	70 %	30 %	
Forfait médecine douce (consultations) : homéopathie, ostéopathie, acupuncture ⁽¹¹⁾ , chiropractie, réflexologie, étiopathie	-	120 € ⁽¹²⁾	120 €
Ostéodensitométrie non remboursable	-	35 € ⁽³⁾	35 €
Contraception	-	32 € ⁽³⁾	32 €
Amniocentèse	-	45 € ⁽³⁾	45 €
Consultations diététique/allergologie	-	25 € x 2 ⁽³⁾	25 €/spécialité
Consultation podologie	-	50 € ⁽¹³⁾	50 €
Sevrage tabagique	-	50 € ⁽³⁾	50 €
Auto-tensiomètre	-	80 % ⁽¹⁴⁾	80 %
Naissance et adoption ⁽¹⁵⁾	-	230 €	230 €
Garantie obsèques ⁽¹⁶⁾	-	200 €	200 €

Plateforme e-santé ⁽¹⁷⁾

Ce service vous est proposé en partenariat avec Maiaa,
accessible depuis votre Espace adhérent privatif sur pavillon-prevoyance.fr

Deuxième avis médical (gratuit) ⁽¹⁸⁾

Ce service vous est proposé en partenariat avec deuxiemeavis.fr,
accessible depuis votre Espace adhérent privatif sur pavillon-prevoyance.fr

*DPTM : Dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM, OPTAM-CO...). Imagerie médicale : radiologie, échographie, scanner, endoscopie... - RO : régime obligatoire - TM : ticket modérateur. Conformément au panier de soins ANI pour les contrats obligatoires.** Prise en charge intégrale des frais afférents au panier 100% santé, dans la limite des montants maximums fixés par la réglementation en vigueur. *** PMSS = Plafond mensuel de la Sécurité sociale - Se reporter au PMSS en vigueur à la date des soins. (1) Selon la nature de l'intervention ou des soins. (2) Pas de prise en charge hors parcours de soins coordonnés de la diminution du taux de remboursement de l'Assurance Maladie Obligatoire et des dépassements d'honoraires. Remboursement des dépassements d'honoraires minoré pour les médecins n'ayant pas adhéré à un DPTM. (3) Forfait annuel. (4) Limitée à une période de 3 mois qui peut être étendue de 3 mois supplémentaires, soit au maximum 6 mois de facturations consécutives sur une année glissante. (5) Limité à un appareil par oreille tous les quatre ans. (6) Actes soumis à la réglementation CCAM. (7) Limite monture à 100 €. (8) Verres simples, complexes, très complexes : voir définition du contrat responsable dans la notice d'information en vigueur. (9) À compter de la date d'acquisition de l'équipement optique : limité à une monture et deux verres, une fois tous les deux ans, excepté pour les personnes âgées de moins de 16 ans ou renouvellement justifié par une évolution de la vue, tous les ans. (10) Sur prescription médicale. (11) Les séances d'acupuncture doivent être réalisées par un médecin spécialiste ou généraliste, un chirurgien-dentiste ou une sage-femme. (12) Forfait annuel dans la limite de 30 € par séance. (13) Forfait annuel par personne dans la limite de 25 € par acte. (14) 80 % des dépenses réelles dans la limite de 30 € par an par famille. (15) Prime versée sous réserve de l'adhésion de l'enfant. Vous bénéficiez de cette garantie via le contrat collectif souscrit par Pavillon Prévoyance auprès d'Harmonie Mutuelle, mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la mutualité, numéro Siren 538 518 473, Numéro LEI 969500JLU5ZH89G4TD57, siège social : 143, rue Blomet - 75015 Paris. Les informations relatives à cette garantie sont détaillées dans la notice d'information qui vous a été remise. (16) Allocation frais d'obsèques souscrite par Pavillon Prévoyance auprès de Mutac. Non-ouverte aux enfants de moins de 12 ans conformément à l'article L.223-5 du Code de la mutualité et aux adhérents de plus de 65 ans. (17) Maia n'est pas un service d'urgence. En cas d'urgence contactez le 15. (18) Le service d'avis médical deuxième avis. fr permet avant une décision médicale importante ou en cas de problème de santé sérieux, l'avis écrit d'un médecin spécialiste de votre pathologie en moins de 7 jours (alors qu'il faut souvent plusieurs mois pour un rendez-vous avec ces spécialistes). Plus de 400 spécialistes référencés et plus de 800 pathologies couvertes (endométriose, problèmes orthopédiques, cancer ...), sur la base d'un dossier médical complet, sans se déplacer, assistance téléphonique. Votre mutuelle prend en charge le forfait sur les actes lourds et ne prend ni en charge le montant des participations forfaitaires dues pour chaque consultation ou acte médical réalisé par un médecin ou tout acte biologique, ni les franchises médicales appliquées par l'Assurance Maladie Obligatoire. Votre mutuelle se réserve le droit de maintenir ou réajuster ses prestations si le taux de remboursement de la Sécurité sociale est modifié.

Exemples de remboursement 2026 - Régime général (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 assurance maladie complémentaire (AMC)	Reste à charge
Hospitalisation					
Forfait journalier hospitalier (hébergement)	20€ (15 € en service psychiatrique)	0 €	0€	20€ (15€)	0€
Chambre particulière (sur demande du patient)	Non connu (NC)	Non remboursé	Non remboursé	65,00 €	Selon la dépense
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 €	0,00 €
Honoraires médecins adhérents OPTAM ou OPTAM-ACO	Dépassements maîtrisés	BR	100 % BR	Dépassements si prévus au contrat	Selon contrat
Opération en secteur privé : honoraires chirurgien	443,00 €	271,70 €	271,70 €	171,30 €	0,00 €
Honoraires médecins secteur 2 (non adhérents OPTAM ou OPTAM-ACO)	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	486,00 €	271,70 €	271,70 €	214,30 €	0,00 €
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	3 754 €	3 754 €	3 003,20 €	750,80 €	0,00 €
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 médicale)	40 €	40 €	26 €	12 €	2 € de participation forfaitaire
Honoraires médecins adhérents OPTAM ou OPTAM-ACO	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	50,00 €	35,00 €	24,50 €	25,50 €	0,00 €
Ex : consultation médecin spécialiste pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie médicale)	53,00 €	40,00 €	26,00 €	25,00 €	2 € dont 2 € de participation forfaitaire
Honoraires médecins secteur 2 (non adhérents OPTAM ou OPTAM-ACO)	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	62,00 €	23,00 €	16,10 €	25,30 €	20,60 €
Ex : consultation médecin spécialiste pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie médicale)	66,00 €	23,00 €	14,10 €	25,30 €	26,6 € dont 2 € de participation forfaitaire
Matériel médical	Tarif moyen facturé	BR	60% BR	40 % BR + dépassement si prévu au contrat	selon contrat
Ex : achat d'une paire de béquilles	26,71 €	24,40 €	14,64 €	12,07 €	0,00 €

Contrat d'assurance santé responsable (2)	Tarif le plus souvent facturé, ou tarif réglementé	Base de remboursement de la sécurité sociale (BR) (3)	Remboursement assurance maladie obligatoire (AMO)	Remboursement assurance maladie complémentaire (AMC)	Reste à charge
Dentaire					
Soins et prothèses 100% santé	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)	515,00 €	120,00 €	72,00 €	443,00 €	0,00 €
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 €	0,00 €
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	561,99 €	120,00 €	72,00 €	288,00 €	201,99 €
Orthodontie (moins de 16 ans)	Prix moyen national	BR	100 % BR	Dépassement si prévu au contrat	Selon contrat
Ex : traitement par semestre (6 max)	714,10 €	193,50 €	193,50 €	387,00 €	133,60 €
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 €	7,65€ par verre + 5,40€	34, 85 € par verre + 24,60 €	0,00 €
Ex : Verres progressifs et monture	90 € (par verre) + 30 € (monture)	27 € par verre + 9 €	16,20 € par verre + 5,40 €	73,80 € par verre + 24,60 €	0,00 €
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
Monture	148,00 €	0,05 €	0,03 €	99,97 €	48,00 €
Verres simples	112 € (par verre)	0,05 € par verre	0,03 € par verre	111,97€ par verre	0 € par verre
Verres progressifs	246 € (par verre)	0,05 € par verre	0,03 € par verre	245,97 € par verre	0 € par verre
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)	160,00 €	Selon la dépense
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	370,00 €	Selon la dépense
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	950,00 €	400,00 €	240,00 €	710,00 €	0,00 €
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	1 515,00 €	400,00 €	240,00 €	960,00 €	315,00 €

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/>)