

Tableau des garanties Formule S200

Hospitalisation

Frais de séjour

Hospitalisation chirurgicale et médicale, clinique conventionnée ou hôpital public	Frais réels
Hospitalisation chirurgicale et médicale, clinique non conventionnée agréée, hôpital public secteur privé	100%
Honoraires	
Médecins ayant adhéré au Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée (DPTAM)	200% ⁽¹⁾
Médecins n'ayant pas adhéré au Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée (DPTAM)	180% ⁽¹⁾
Chambre particulière (limitée à 60 jours en séjours spécialisés) ⁽²⁾	65€ / jour
Forfait journalier hospitalier (médecine, chirurgie, obstétrique, odontologie et psychiatrie)	Frais réels
Confort hospitalier (téléphone, internet, télévision, séjour de l'accompagnant, frais de transport des visiteurs)	150€ ⁽²⁾
Transport ambulance	100%
Hospitalisation à domicile (HAD)	200%

Dentaire

Soins dentaires

Consultations et soins dentaires (dentistes et chirurgiens-dentistes) ; parodontologie ; inlay, onlay	200%
Soins et prothèses 100% Santé	Frais réels **
Prothèses	
Autres prothèses (prothèses à tarifs limités et prothèses à tarifs libres)	200%
- bonus fidélité à partir de la 3 ^{ème} année	100€ ⁽²⁾
• Limite annuelle prothèses dentaires remboursées ⁽⁴⁾ - la 1 ^{ère} année	800€
- la 2 ^{ème} année	800€
- à partir de la 3 ^{ème} année	2 100€
Prestations non remboursées par le régime obligatoire (prothèses, implantologie, orthodontie et parodontologie)	150€ ⁽²⁾

Optique

Équipements 100% Santé

Équipement à tarif libre (Classe B)	Frais réels **
Les remboursements en optiques sont limités à un équipement tous les 2 ans ⁽³⁾ Un équipement comprend les verres et la monture ; le remboursement de la monture ne peut excéder 100 €.	
Monture avec 2 verres simples (pour les 2 premières années d'adhésion)	175€ ⁽⁴⁾
Monture avec 2 verres simples (à partir de la 3 ^{ème} année)	250€ ⁽⁴⁾
Monture avec 1 verre simple et 1 verre complexe / très complexe (pour les 2 premières années d'adhésion)	200€ ⁽⁴⁾
Monture avec 1 verre simple et 1 verre complexe / très complexe (à partir de la 3 ^{ème} année)	300€ ⁽⁴⁾
Monture avec 2 verres complexes ou très complexes (pour les 2 premières années d'adhésion)	275€ ⁽⁴⁾
Monture avec 2 verres complexes ou très complexes (à partir de la 3 ^{ème} année)	375€ ⁽⁴⁾
Équipement panaché***	
Lentilles prescrites remboursées ⁽⁵⁾ ou non remboursées par le régime obligatoire	175€ ⁽²⁾
Opération de la myopie, de l'hypermétropie et de la presbytie par laser (chirurgie réfractive)	175€ / Oeil ⁽²⁾

Soins courants

Honoraires médicaux

Médecins ayant adhéré au Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée (DPTAM)	200%
Médecins n'ayant pas adhéré au Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée (DPTAM)	180%

Imagerie médicale

Imagerie/échographies/dopplers pratiqués par un médecin ayant adhéré au Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée (DPTAM)	200%
Imagerie/échographies/dopplers pratiqués par un médecin n'ayant pas adhéré au Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée (DPTAM)	180%

Honoraires paramédicaux

Analyses et examens de laboratoire	125%
---	------

Médicaments

Pharmacie et homéopathie remboursées par le régime obligatoire	100%
--	------

Matériel médical

Orthopédie, appareillage, prothèses autres que dentaires et auditives	200%
---	------

Aides auditives

Équipements 100% Santé*	Frais réels **
Aides auditives de classe II adulte ⁽⁷⁾	850€
Réparations et piles pour appareil auditif	100%

Prévention et Bien-être

Médecines naturelles non remboursées par le régime obligatoire (ostéopathe, psychologue, chiropracteur, pédicure-podologue, acupuncteur, homéopathe, diététicien, nutritionniste, sophrologue, naturopathe, étiothérapie)	150€ ⁽²⁾
Prévention (pharmacie non remboursée, vaccins non remboursés, pilule contraceptive, sevrage tabagique)	150€ ⁽²⁾
Cure thermale	100% + 150€ ⁽²⁾

Services +

Soins inopinés à l'étranger (voir conditions générales, article relatif à la territorialité)	150%
Garanties assistance	Incluses
Exonération et/ou remboursement de la cotisation si hospitalisation + de 9 nuits consécutives suite à un accident ⁽⁸⁾	Garantie
Aides aux obsèques (si décès avant 70 ans) ⁽⁸⁾	300€
Téléconsultation médicale	Incluse

Renforcez vos niveaux de garanties*

En hospitalisation

+ 50% sur les honoraires des médecins ayant adhéré au Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée (DPTAM).

En optique | En dentaire

+ 75€ pour des verres complexes et très complexes.

+ 100% sur les prothèses dentaires remboursées par le régime obligatoire.

Appareillage | Aide à la santé

+ 150% pour orthopédie, appareillage, prothèse (hors prothèses dentaires et auditives).

+ 50% sur la prévention : pharmacie non remboursée, vaccins non remboursés, sevrage tabagique, traitement des troubles de l'andropause, dépistage du cancer colorectal, du cancer du col de l'utérus, de l'ostéoporose.

*Hors formule L100

La réforme 100% Santé en bref !

Des soins de qualité pour tous !
La réforme 100% santé vise à faciliter l'accès aux **équipements auditifs, optiques et dentaires**. Cette réforme offre aux assurés un **panier de soins 100% remboursé** dans les trois postes mentionnés ci-dessus. Ces paniers vous offrent un large choix d'équipements performants, tels que :

En optique

Un accès à des verres amincis, antireflets et anti-UV, pour l'ensemble des corrections.

En dentaire

Des couronnes céramo-métalliques sur les dents visibles.

En audiologie

Des audioprothèses de tous types avec 12 canaux de réglage.

* Équipements 100% Santé : tels que définis réglementairement.

Les garanties sont exprimées en pourcentage de la base de remboursement de la Sécurité sociale, en forfait en euros ou une combinaison des deux (sauf mention contraire elles intègrent les remboursements du régime obligatoire d'assurance maladie ; les forfaits exprimés en euros viennent en complément des remboursements des régimes obligatoires, et s'entendent par assuré et par année d'assurance et ne sont pas reportables d'une année sur l'autre).

** Dans la limite des prix limites de vente fixés par la réglementation

*** Dans le cas d'un panachage entre équipement 100% santé et équipement à tarifs libres. Les équipements 100% santé sont remboursés à hauteur des frais réels dans la limite des prix définis par la réglementation. Le remboursement des équipements à tarifs libres est diminué de celui accordé pour les équipements 100% santé. Si la monture est à tarifs libres, son remboursement ne peut excéder 100€.

(1) Le premier mois d'assurance, le taux de remboursement est limité à 100% sauf en cas d'accident, dans ce cas le taux entier est appliqué. Cela s'applique à la souscription du contrat et lors de l'ajout d'un bénéficiaire à l'exception des nouveaux-nés.

(2) Par année civile et par assuré.

(3) Sauf pour les enfants de moins de 16 ans ou en cas d'évolution de la vue, ils sont alors limités à une paire par an.

(4) Le forfait lunettes inclut le remboursement de la monture et des verres. Le remboursement de la monture ne peut pas excéder 100€ même si le forfait dépasse ce montant.

(5) Les lentilles prescrites sont prises en charge même si non remboursées par l'Assurance maladie obligatoire. Le ticket modérateur des lentilles remboursé par la Sécurité sociale est pris en charge même si le forfait annuel est épuisé.

(6) Seul le ticket modérateur est pris en charge au-delà de cette limite.

(7) La prise en charge des prothèses auditives est limitée à un équipement par oreille tous les 4 ans.

(8) Réservés aux assurés non bénéficiaires de la "loi Madelin".

Exemples de remboursement¹

Formule S200

Les remboursements complémentaires suivent pour l'ensemble des options de garantie le parcours d'un contrat « responsable ».

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) - hors hospitalisation ambulatoire	Non connu	Non remboursé	Non remboursé	60 €	Selon la dépense engagée
Séjour 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-ACO	Dépassements maîtrisés	BR	100% BR	Dépassements si prévu au contrat	Selon contrat
Opération en secteur privé : honoraires chirurgien	434 €	271,70 €	271,70 €	171,30 €	0 €
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	473 €	271,70 €	271,70 €	214,30 €	0 €
Séjour 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	3 541 €	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 €	2 €
Ex : consultation médecin spécialiste pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie, ophtalmologie, dermatologie, etc.)	37 €	37 €	23,90 €	11,10 €	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 + dépassement selon contrat
Ex : consultation pédiatre pour enfant de 2 à 6 ans	50 €	35 €	24,50 €	25,50 €	0 €
Ex : consultation médecin spécialiste pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie, ophtalmologie, dermatologie, etc.)	54 €	37 €	23,90 €	25 €	2 €
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 plafonnés à 100% BR)	2 € de participation forfaitaire + dépassement selon contrat
Ex : consultation pédiatre pour enfant de 2 à 6 ans	62 €	23 €	16,10 €	25,30 €	20,60 €
Ex : consultation médecin spécialiste pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie, ophtalmologie, dermatologie, etc.)	67 €	23 €	14,10 €	25,30 €	26,60 €
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 €	12,07 €	0 €

Exemples de remboursement¹

Formule S200

Les remboursements complémentaires suivent pour l'ensemble des options de garantie le parcours d'un contrat « responsable ».

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	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 €	168 €	321,99 €
Orthodontie (moins de 16 ans)	Prix moyen national	BR	100% BR	Dépassement si prévu au contrat	Selon contrat
Ex : traitement par semestre (6 max)	707 €	193,50 €	193,50 €	521 €	0 €
Optique					
Équipement 100% santé	Prix limite de vente (PLV)	BR	60% BR	40% BR + dépassement dans la limite des PLV⁵	0 €
Ex : verres simples et monture (plus de 16 ans)	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 (plus de 16 ans)	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 et monture (plus de 16 ans)	110 € (par verre) + 146 € (monture)	0,05 € (par verre) + 0,05 € (monture)	0,03 € (par verre) + 0,03 € (monture)	175 €	196,99 €
Ex : verres progressifs et monture (plus de 16 ans)	243 € (par verre) + 146 € (monture)	0,05 € (par verre) + 0,05 € (monture)	0,03 € (par verre) + 0,03 € (monture)	275 €	364,99 €
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	Non connu	Non remboursé	Non remboursé	130 €	0 €
Chirurgie réfractive	Prix moyen national	Non remboursé	Non remboursé	Prise en charge si prévu au contrat	Selon contrat
Ex : opération corrective de la myopie - par oeil	Non connu	Non remboursé	Non remboursé	350 €	1 530 €
Aides auditives					
Équipement 100% santé	Prix limite de vente (PLV)	BR	60% BR	40% BR + dépassement dans la limite des PLV⁵	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 €	850 €	425 €

- 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 : PMSS - Plafond Mensuel de la Sécurité sociale (en 2025, le PMSS est fixé à 3 925 €).
⁵ : PLV : Prix limite de vente.

Lexique :

OPTAM : Option Pratique Tarifaire Maîtrisée - **OPTAM-ACO** : Option Pratique Tarifaire Maîtrisée - Anesthésie-Chirurgie-Obstétrique - **BR** : Base de Remboursement - **FR** : Frais Réels - **SS** : Sécurité Sociale - **€** : euros - **PLV** : Prix limite de vente - **PMSS** : Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale

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/>)