

Les prestations du présent contrat respectent l'ensemble des obligations liées aux contrats « solidaires et responsables » fixées à l'article L.871-1 du Code de la Sécurité sociale et ses textes d'application. Les remboursements sont limités aux frais réels engagés et le cas échéant aux prix limites de vente et dans la limite des planchers et plafonds du contrat responsable. Dans le tableau des garanties, les prestations sont exprimées soit en pourcentage, soit en forfait. Les prestations exprimées en pourcentage s'appliquent à la base de remboursement fixée par la Sécurité sociale et incluent le remboursement du régime obligatoire à l'exception des honoraires en secteur non conventionné qui s'appliquent sur la base des tarifs d'autorité. La participation forfaitaire, les franchises médicales et les pénalités en cas de non-respect du parcours de soins coordonnés sont laissées à la charge du patient. L'ensemble des forfaits est appliqué par année civile et par bénéficiaire sauf mention contraire.

	<i>Sécurité sociale incluse sauf forfait</i>
	E3PI
HOSPITALISATION⁽¹⁾	
Forfait journalier hospitalier sans limitation de durée (y compris en service psychiatrique)	100% FR
Honoraires médicaux, chirurgicaux et obstétricaux DPTAM / NON DPTAM	150% BR / 130% BR
Frais de séjour ⁽²⁾	150% BR
Chambre particulière (par jour) (y compris maternité)	1,5% PMSS
Limitation durée : médecine / soins de suite / psychiatrie	90/90/30 jours
Frais accompagnant (par jour) pour les enfants de moins de 16 ans	1% PMSS
Forfait de 24 € sur les actes dits lourds > 120 €	FR
Forfait Patient Urgences	FR
Transport	150% BR
SOINS COURANTS	
Honoraires médicaux	
Consultations et visites : généralistes DPTAM / NON DPTAM	150% BR / 130% BR
Consultations et visites : spécialistes, neuropsychiatres DPTAM / NON DPTAM	160% BR / 140% BR
Radiologie, actes de spécialité, de chirurgie, actes techniques médicaux DPTAM / NON DPTAM	150% BR / 130% BR
Honoraires paramédicaux : infirmier, kinésithérapeute, orthophoniste, orthoptiste, pédicure-podologue, masseur-kinésithérapeute	120% BR
Psychologue remboursé par le RO ⁽³⁾	100% BR
Analyses et examens de laboratoire	120% BR
Médicaments	
Médicaments et vaccins remboursés par le RO	100% BR
Médicaments prescrits non remboursés par le RO	-
Vaccins prescrits non remboursés par le RO	10 € / an
Matériel médical remboursé par le RO	
Orthopédie et autres prothèses diverses (hors prothèses dentaires et auditives)	150% BR
OPTIQUE	
Un équipement (monture + 2 verres)	
Le renouvellement de la prise en charge de l'équipement s'effectue tous les 2 ans, sauf pour les enfants de moins de 16 ans ou en cas d'évolution de la vue (renouvellement annuel). La période de 2 ans (ou 1 an) s'apprécie à compter de la dernière facturation de l'équipement ayant fait l'objet d'une prise en charge de la Sécurité sociale, conformément à l'article L.165-1 du Code de la Sécurité sociale. Les montures sont limitées à 30 € en Classe A et 100 € en Classe B. La grille optique (définition des verres unifocaux, progressifs et progressifs avec importante correction) et les conditions de renouvellement sont détaillées dans les Conditions générales.	
Panier de soins 100% Santé - Équipement Classe A y compris prestation d'adaptation de la correction, prestations d'appairage et autres suppléments dans la limite des Prix Limités de Vente (PLV)	
Monture + Verres	Aucun reste à charge
Panier de soins libre - Équipement Classe B	
Monture	50 €
2 verres unifocaux	260 €
1 verre unifocal + 1 verre progressif	300 €
2 verres progressifs	340 €
1 verre unifocal + 1 verre progressif avec importante correction	350 €
1 verre progressif + 1 verre progressif avec importante correction	390 €
2 verres progressifs avec importante correction	440 €
Prestation d'adaptation de la correction visuelle	100% BR
Autres suppléments (prisme, système antiptosis, verres iséiconiques, verres à filtre)	100% BR
Équipement mixte	
Équipement de Classe A	100% FR (dans la limite des PLV)
Équipement de Classe B	Se reporter aux forfaits « Panier de soins libre - Équipement Classe B » ci-dessus
Autres prestations optiques	
Lentilles correctrices prescrites remboursées ou non par le RO ⁽⁴⁾	3% PMSS / an / bénéficiaire
Opération de la myopie ou de l'hypermétropie par laser	10% PMSS / œil

	<i>Sécurité sociale incluse sauf forfait</i>
	E3P1
DENTAIRE	
Soins dentaires (tarif opposable)	100% BR
Panier de soins 100% Santé - Prothèses dentaires dans la limite des Prix Limites de Vente (PLV)	Aucun reste à charge
Panier de soins modéré et libre - Prise en charge selon les prestations définies ci-dessous dans la limite des PLV pour le panier modéré	
Inlay onlay	150% BR
Inlay Core	200% BR
Prothèses dentaires remboursées par le RO	250% BR
Prothèses dentaires non remboursées par le RO	162 € / an
Implants (max. 2 / an)	100 € / implant
Parodontologie non remboursée par le RO	100 € / an
Orthodontie remboursée par le RO	250% BR
Orthodontie non remboursée par le RO (forfait par semestre)	291 €
<i>Plafond dentaire (hors soins, panier de soins 100% santé et actes non remboursés par le RO)⁽⁵⁾</i>	<i>1 500 € / an</i>
AIDES AUDITIVES	
Le renouvellement de la prise en charge des aides auditives s'effectue tous les 4 ans (par oreille). La période de 4 ans s'apprécie à compter de la dernière facturation d'un appareil ayant fait l'objet d'une prise en charge par la Sécurité sociale. Pendant 4 ans, le suivi est assuré par votre audioprothésiste, à raison d'au moins une séance tous les 6 mois au-delà de la première année. Lors de ces séances, l'audioprothésiste vérifie l'efficacité de l'aide auditive, effectue les réglages et l'entretien nécessaires. Les aides auditives de Classe II sont limitées à 1700 € par oreille (hors prestations annexes telles que les consommables, piles et accessoires).	
Panier de soins 100% santé - dans la limite des Prix Limites de Vente (PLV)	
Aides auditives de Classe I	Aucun reste à charge
Panier de soins libre	
Aides auditives de Classe II remboursées par le RO dont piles, accessoires (forfait par oreille)	100% BR + 200 €
PRÉVENTION	
Médecine douce : ostéopathe, homéopathe, médecin-acupuncteur, chiropracteur, pédicure-podologue, diététicien ⁽⁶⁾ ; étiope ⁽⁷⁾	40 € / séance Max. 3 séances / an
Médecine douce prescrite : psychomotricien (max 4 séances / an)	30 € / séance
Prise en charge d'un conseiller en environnement intérieur sur prescription médicale	50 € / an
Sevrage tabagique sur prescription médicale	50 € / an
Cures thermales (dans la limite des frais engagés pour les frais médicaux, de transport et de séjour)	150% BR + 5% PMSS
Ostéodensitométrie osseuse remboursée par le RO	80 € / an
Actes de prévention remboursés par le RO	100% BR
GARANTIES +	
Allocation forfaitaire (naissance ou adoption)	10% PMSS
Participation activités sportives ou intellectuelles	35 € / an, limitée à 1 bénéficiaire par contrat
SERVICES	
Assistance	oui
Tiers Payant	oui
Protection juridique santé	oui
Téléconsultation : contacter un médecin 24h/24, 7j/7	oui
Action sociale (sous condition d'acceptation du dossier par la commission)	oui
Bilan retraite complet à partir de 55 ans ⁽⁸⁾	Offert

BR : Base de remboursement - **RO** : Régime Obligatoire - **FR** : Frais Réels - **DPTAM** : les Dispositifs de Pratique Tarifaire Maîtrisée (CAS, OPTAM, OPTAM-CO et tout autre dispositif) ayant pour objet l'encadrement des dépassements d'honoraires des professionnels de santé conventionnés - **PMSS** : Plafond Mensuel de la Sécurité sociale - **Verres unifocaux** : verres simples. **Verres progressifs** : verres complexes. **Verres progressifs avec importante correction** : verres très complexes - **Tarif opposable** : Base tarifaire retenue par le régime obligatoire comme base de remboursement.

Panier de soins modéré : Pour le dentaire, actes auxquels des prix limites de vente, par le dentiste, fixés par voie réglementaire, sont applicables. Pas d'obligation d'une prise en charge intégrale. Remboursement sur la base du tarif de la Sécurité sociale et du niveau de prestations prévu au contrat. Possible reste à charge suivant le niveau de couverture.

Panier de soins libre : Pour le dentaire, possibilité de choisir librement les techniques et matériaux les plus sophistiqués sans que le dentiste ne soit obligé de respecter des prix limites de vente. Pas d'obligation d'une prise en charge intégrale. Remboursement sur la base du tarif de la Sécurité sociale et du niveau de prestations prévu au contrat. Possible reste à charge élevé suivant le niveau de couverture.

- (1) Y compris hospitalisation médicale, chirurgicale et obstétricale de moins de 24 heures, intervention chirurgicale sans hospitalisation et hospitalisation à domicile.
(2) Les frais sont ceux correspondant aux frais de séjour (à l'exclusion du forfait hospitalier de la Sécurité sociale), aux frais de salle d'opération, à la pharmacie, aux autres frais médicaux, y compris participation forfaitaire de 24 € pour les actes dont le tarif est supérieur à 120 €.
(3) Prise en charge des psychologues conventionnés au dispositif « MonPsy ». Plus d'informations sur : <https://monpsy.sante.gouv.fr/>
(4) Prise en charge à minima à hauteur de 100% BR pour les lentilles remboursées par le RO.
(5) Au-delà du plafond, les actes remboursés par le RO seront pris en charge à hauteur de 100% BR.
(6) Pour des actes réalisés par un praticien disposant d'un numéro ADELI dans la discipline ou un médecin disposant d'une orientation particulière à la discipline.
(7) Pour des actes réalisés par un étiope enregistré au répertoire national des étiope.
(8) Suivi et accompagnement sur une durée maximum de 2 ans, hors régimes spéciaux.

Gratuité à partir du 3ème enfant.

IDENTITÉS MUTUELLE

Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du code de la mutualité · SIREN 379 655 541
Siège social : 24 boulevard de Courcelles · 75017 PARIS · www.identites-mutuelle.com

Ces exemples sont à titre informatif et n'ont pas de valeur contractuelle. Les calculs réalisés sont effectués au regard des informations connues à ce jour.

RÉGIME GÉNÉRAL				E3PI	
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)	20,00 € (15,00 € en service psychiatrique)	0,00 €	0,00 €	20,00 € (15,00 € en service psychiatrique)	0,00 €
Chambre particulière (sur demande du patient)	Non connu	Non remboursée	0,00 €	57,96 €	Selon frais engagés
<i>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</i>					
<i>Exemple d'une opération chirurgicale de la cataracte, en secteur privé</i>					
Frais de séjour					
Frais de séjour en secteur privé	835,60 €	835,60 €	811,60 €	24,00 €	0,00 €
Honoraires médecins adhérents OPTAM ou OPTAM-CO					
Opération en secteur privé : honoraires chirurgien	434,00 €	271,70 €	271,70 €	135,85 €	26,45 €
Honoraires médecins secteur 2 (non adhérents OPTAM ou OPTAM-CO)					
Opération en secteur privé : honoraires chirurgien	473,00 €	271,70 €	271,70 €	81,51 €	119,79 €
<i>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</i>					
<i>Exemple d'un suivi d'une pneumonie ou pleurésie pour un patient de plus de 17 ans, en hôpital public</i>					
Frais de séjour					
Frais de séjour en secteur public	3 541,00 €	3 541,00 €	2 832,80 €	708,20 €	0,00 €
SOINS COURANTS					
Honoraires médecins secteur 1 (généralistes ou spécialistes)					
Tarif de convention					
Consultation médecin traitant généraliste pour un patient de plus de 18 ans	30,00 €	30,00 €	19,00 €	9,00 €	2,00 €
Consultation pédiatre pour un enfant de 6 ans	35,00 €	35,00 €	24,50 €	10,50 €	0,00 €
Consultation médecin spécialiste pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie, obstétrique, ophtalmologie, dermatologie...)	37,00 €	37,00 €	23,90 €	11,10 €	2,00 €
Honoraires médecins adhérents OPTAM ou OPTAM-CO					
Consultation pédiatre pour enfant de moins de 6 ans	50,00 €	35,00 €	24,50 €	25,50 €	0,00 €
Consultation médecin spécialiste pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie, obstétrique, ophtalmologie, dermatologie...)	54,00 €	37,00 €	23,90 €	28,10 €	2,00 €
Honoraires médecins secteur 2 (non adhérents OPTAM ou OPTAM-CO)					
Consultation pédiatre pour un enfant de 2 à 16 ans	62,00 €	23,00 €	16,10 €	16,10 €	29,80 €
Consultation médecin spécialiste pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie, obstétrique, ophtalmologie, dermatologie...)	67,00 €	23,00 €	14,10 €	16,10 €	36,80 €
Matériel médical					
Prix moyen national					
Achat d'une paire de béquilles	26,18 €	24,40 €	14,64 €	11,54 €	0,00 €

RÉGIME GÉNÉRAL				E3P1	
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 (dans la limite des prix limites de vente)	Prix limites de vente				
Pose d'une couronne céramo-métallique sur incisives, canines et premières prémolaires	500,00 €	120,00 €	72,00 €	428,00 €	0,00 €
Soins (hors 100% santé)	Tarif de convention				
Détartrage	43,38 €	43,38 €	26,03 €	17,35 €	0,00 €
Prothèses (hors 100% santé)	Prix moyen national				
Couronne céramo-métallique sur molaires	557,00 €	120,00 €	72,00 €	228,00 €	257,00 €
Orthodontie (moins de 16 ans)	Prix moyen national				
Traitement par semestre (6 max)	707,00 €	193,50 €	193,50 €	290,25 €	223,25 €
OPTIQUE					
Équipement 100% santé - Classe A (dans la limite des prix limites de vente)	Prix limites de vente				
Verres simples et monture	42,50 € / verre Monture : 30,00 €	12,75 € / verre Monture : 9,00 €	20,70 €	94,30 €	0,00 €
Verres progressifs et monture	90,00 € / verre Monture : 30,00 €	27,00 € / verre Monture : 9,00 €	37,80 €	172,20 €	0,00 €
Équipement hors 100% santé - Classe B	Prix moyen national				
Verres simples et monture	110,00 € / verre Monture : 146,00 €	0,05 € / verre Monture : 0,05 €	0,09 €	310,00 €	55,91 €
Verres progressifs et monture	243,00 € / verre Monture : 146,00 €	0,05 € / verre Monture : 0,05 €	0,09 €	490,00 €	141,91 €
Lentilles (non remboursées par le RO)	Prix moyen national				
Forfait annuel	Non connu	Non remboursé		102,84 €	Selon frais engagés
Chirurgie réfractive	Prix moyen national				
Opération corrective de la myopie	Non connu	Non remboursée		342,80 €	Selon frais engagés
AIDES AUDITIVES					
Équipement 100% santé (dans la limite des prix limites de vente)	Prix limites de vente				
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				
Par oreille pour un patient de plus de 20 ans	1 582,00 €	400,00 €	240,00 €	360,00 €	982,00 €

RO : Régime Obligatoire

(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 prises 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 pourcentage de la BR, à un taux différent selon les actes, produits de santé, dispositifs médicaux, le complément étant apporté par l'assurance maladie complémentaire.

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 contactuels qui seuls engagent l'organisme 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 maladie complémentaire santé édité par l'UNOCAM (<https://unocam.fr/ressources/documents-a-telecharger/>).

IDENTITÉS MUTUELLE

Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du code de la mutualité · SIREN 379 655 541
Siège social : 24 boulevard de Courcelles · 75017 PARIS · www.identites-mutuelle.com

Ces exemples sont à titre informatif et n'ont pas de valeur contractuelle. Les calculs réalisés sont effectués au regard des informations connues à ce jour.

RÉGIME ALSACE-MOSELLE				E3PI	
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)	20,00 € (15,00 € en service psychiatrique)	0,00 €	20,00 € (15,00 € en service psychiatrique)	0,00 €	0,00 €
Chambre particulière (sur demande du patient)	Non connu	Non remboursée	Non remboursée	57,96 €	Selon frais engagés
<i>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</i>					
<i>Exemple d'une opération chirurgicale de la cataracte, en secteur privé</i>					
Frais de séjour					
Frais de séjour en secteur privé	Différent selon public/privé				
	835,60 €	835,60 €	835,60 €	0,00 €	0,00 €
Honoraires médecins adhérents OPTAM ou OPTAM-CO					
Dépassements maîtrisés					
Opération en secteur privé : honoraires chirurgien	434,00 €	271,70 €	271,70 €	135,85 €	26,45 €
Honoraires médecins secteur 2 (non adhérents OPTAM ou OPTAM-CO)					
Honoraires libres					
Opération en secteur privé : honoraires chirurgien	473,00 €	271,70 €	271,70 €	81,51 €	119,79 €
<i>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</i>					
<i>Exemple d'un suivi d'une pneumonie ou pleurésie pour un patient de plus de 17 ans, en hôpital public</i>					
Frais de séjour					
Frais de séjour en secteur public	Différent selon public/privé				
	3 541,00 €	3 541,00 €	3 541,00 €	0,00 €	0,00 €
SOINS COURANTS					
Honoraires médecins secteur 1 (généralistes ou spécialistes)					
Tarif de convention					
Consultation médecin traitant généraliste pour un patient de plus de 18 ans	30,00 €	30,00 €	25,00 €	3,00 €	2,00 €
Consultation pédiatre pour un enfant de 6 ans	35,00 €	35,00 €	31,50 €	3,50 €	0,00 €
Consultation médecin spécialiste pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie, obstétrique, ophtalmologie, dermatologie...)	37,00 €	37,00 €	31,30 €	3,70 €	2,00 €
Honoraires médecins adhérents OPTAM ou OPTAM-CO					
Dépassements maîtrisés					
Consultation pédiatre pour enfant de moins de 6 ans	50,00 €	35,00 €	31,50 €	18,50 €	0,00 €
Consultation médecin spécialiste pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie, obstétrique, ophtalmologie, dermatologie...)	54,00 €	37,00 €	31,30 €	20,70 €	2,00 €
Honoraires médecins secteur 2 (non adhérents OPTAM ou OPTAM-CO)					
Honoraires libres					
Consultation pédiatre pour un enfant de 2 à 16 ans	62,00 €	23,00 €	20,70 €	11,50 €	29,80 €
Consultation médecin spécialiste pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie, obstétrique, ophtalmologie, dermatologie...)	67,00 €	23,00 €	18,70 €	11,50 €	36,80 €
Matériel médical					
Prix moyen national					
Achat d'une paire de béquilles	26,18 €	24,40 €	21,96 €	4,22 €	0,00 €

RÉGIME ALSACE-MOSELLE				E3P1	
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 (dans la limite des prix limites de vente)	Prix limites de vente				
Pose d'une couronne céramo-métallique sur incisives, canines et premières prémolaires	500,00 €	120,00 €	108,00 €	392,00 €	0,00 €
Soins (hors 100% santé)	Tarif de convention				
Détartrage	43,38 €	43,38 €	39,04 €	4,34 €	0,00 €
Prothèses (hors 100% santé)	Prix moyen national				
Couronne céramo-métallique sur molaires	557,00 €	120,00 €	108,00 €	192,00 €	257,00 €
Orthodontie (moins de 16 ans)	Prix moyen national				
Traitement par semestre (6 max)	707,00 €	193,50 €	193,50 €	290,25 €	223,25 €
OPTIQUE					
Équipement 100% santé - Classe A (dans la limite des prix limites de vente)	Prix limites de vente				
Verres simples et monture	42,50 € / verre Monture : 30,00 €	12,75 € / verre Monture : 9,00 €	31,05 €	83,95 €	0,00 €
Verres progressifs et monture	90,00 € / verre Monture : 30,00 €	27,00 € / verre Monture : 9,00 €	56,70 €	153,30 €	0,00 €
Équipement hors 100% santé - Classe B	Prix moyen national				
Verres simples et monture	110,00 € / verre Monture : 146,00 €	0,05 € / verre Monture : 0,05 €	0,14 €	310,00 €	55,87 €
Verres progressifs et monture	243,00 € / verre Monture : 146,00 €	0,05 € / verre Monture : 0,05 €	0,14 €	490,00 €	141,87 €
Lentilles (non remboursées par le RO)	Prix moyen national				
Forfait annuel	Non connu	Non remboursé		102,84 €	Selon frais engagés
Chirurgie réfractive	Prix moyen national				
Opération corrective de la myopie	Non connu	Non remboursée		342,80 €	Selon frais engagés
AIDES AUDITIVES					
Équipement 100% santé (dans la limite des prix limites de vente)	Prix limites de vente				
Par oreille pour un patient de plus de 20 ans	950,00 €	400,00 €	360,00 €	590,00 €	0,00 €
Équipement hors 100% santé	Prix moyen national				
Par oreille pour un patient de plus de 20 ans	1 582,00 €	400,00 €	360,00 €	240,00 €	982,00 €

RO : Régime Obligatoire

(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 prises 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 pourcentage de la BR, à un taux différent selon les actes, produits de santé, dispositifs médicaux, le complément étant apporté par l'assurance maladie complémentaire.

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 contactuels qui seuls engagent l'organisme 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 maladie complémentaire santé édité par l'UNOCAM (<https://unocam.fr/ressources/documents-a-telecharger/>).

IDENTITÉS MUTUELLE

Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du code de la mutualité • SIREN 379 655 541
Siège social : 24 boulevard de Courcelles • 75017 PARIS • www.identites-mutuelle.com