Exemples de remboursements du niveau de garanties L66[1]

L'offre L66 est un contrat d'assurance santé responsable[2].

HOSPITALISATION	Tarif le plus souvent facturé ou tarif réglementé	Base de remboursement de la sécurité sociale (BR)[3]	Remboursement assurance maladie obligatoire (AMO)	Remboursement par Lourmel pour l'offre L66	Reste à charge pour l'assuré pour l'offre L66
Forfait journalier hospitalier (hébergement)	20 € (15 € en service psychiatrique)	Non remboursé	Non remboursé	20 € (15 € en service psychiatrique)	0 €
Chambre particulière (sur demande du patient)	Non communiqué	Non remboursé	Non remboursé	100 € / jour	Non connu

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	794,12 €	794,12 €	770,12 €	24 €	0 €
Honoraires médecins (adhérents OPTAM ou OPTAM-CO)	Dépassements maitrisés	BR	100 % BR	Dépassements si prévus au contrat	Selon contrat
Opération en secteur privé (honoraires chirurgien)	422 €	271,70 €	271,70 €	150,30 €	0 €
Honoraires médecins secteur 2 (non adhérents OPTAM ou OPTAM-CO)	Honoraires libres	BR	100 % BR	Dépassements si prévus au contrat (remboursement des dépassements plafonné à 100 % BR)	Selon contrat
Opération en secteur privé (honoraires chirurgien)	463 €	271,70 €	271,70 €	191,30 €	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 d'une 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	3 344,37 €	3 344,37 €	2 675,50 €	668,87 €	0 €

SOINS COURANTS	Tarif le plus souvent facturé ou tarif réglementé	Base de remboursement de la sécurité sociale (BR)[3]	Remboursement assurance maladie obligatoire (AMO)	Remboursement par Lourmel pour l'offre L66	Reste à charge pour l'assuré pour l'offre L66
Honoraires médecins secteur 1 (généralistes ou spécialistes)	Tarif de convention	BR	70 % BR – 1 €	30 % BR	1 € de participation forfaitaire
Ex. : consultation médecin traitant généraliste pour un patient de plus de 18 ans	26,50 €	26,50 €	17,55 €	7,95 €	1 € (participation forfaitaire)
Ex. : consultation pédiatre pour enfant de moins de 6 ans	33,50 €	33,50 €	23,45 €	10,05 €	0 €
Ex. : consultation médecin spécialiste pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie, ophtalmologie, dermatologie, etc…)	31,50 €	31,50 €	21,05 €	9,45 €	1 € (participation forfaitaire)
Honoraires médecins (adhérents OPTAM ou OPTAM-CO)	Dépassements maîtrisés	BR	70 % BR – 1 €	30 % BR + dépassements si prévus au contrat	1 € de participation forfaitaire plus dépassements selon votre contrat
Ex. : consultation pédiatre pour enfant de moins de 6 ans	49 €	33,50 €	23,45 €	25,55 €	0 €
Ex. : consultation médecin spécialiste pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie, ophtalmologie, dermatologie, etc…)	52 €	31,50 €	21,05 €	29,95 €	1 € (participation forfaitaire)
Honoraires médecins secteur (non adhérents OPTAM ou OPTAM-CO)	Honoraires libres	BR	70 % BR – 1 €	30 % BR + dépassements si prévus au contrat (remboursement des dépassements plafonnés à 100 % BR)	1 € de participation forfaitaire plus dépassements selon votre contrat
Ex. : consultation pédiatre pour enfant de 2 à 16 ans	64 €	23 €	16,10 €	29,90 €	18 €
Ex. : consultation médecin spécialiste pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie, ophtalmologie, dermatologie, etc…)	65 €	23 €	15,10 €	30,90 €	19 €
Matériel médical	Tarif moyen facturé	BR	60 % BR	40 % BR + dépassements si prévus au contrat	Selon contrat
Ex. : achat d'une paire de béquilles	25,99 €	24,40 €	14,64 €	11,35 €	0 €

DENTAIRE	Tarif le plus souvent facturé ou tarif réglementé	Base de remboursement de la sécurité sociale (BR)[3]	Remboursement assurance maladie obligatoire (AMO)	Remboursement offre L66	Reste à charge pour l'assuré pour l'offre L66
Soins et prothèses 100 % santé	Honoraire limite de facturation (HLF)	BR	60 % BR	40 % BR + dépassements dans la limite du plafond des honoraires	0 €
Ex. : 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 + dépassements si prévus au contrat	Selon contrat
Ex. : détartrage Soins	43,38 €	43,38 €	26,03 €	17,35 €	0 €
Prothèses hors 100 % santé	Prix moyen national	BR	60 % BR	40 % BR + dépassements si prévus au contrat	Selon contrat
Ex. : couronne céramo-métallique sur molaires	554 €	120 €	72 €	482 €	0 €
Orthodontie (moins de 16 ans)	Prix moyen national	BR	100 % BR	Dépassements si prévus au contrat	Selon contrat
Ex. : traitement par semestre (6 maximum)	698 €	193,50 €	193,50 €	504,50 €	0 €

OPTIQUE	Tarif le plus souvent facturé ou tarif réglementé	Base de remboursement de la sécurité sociale (BR)[3]	Remboursement assurance maladie obligatoire (AMO)	Remboursement offre L66	Reste à charge pour l'assuré pour l'offre L66
Équipement 100 % santé	Prix limite de vente (PLV)	BR	60 % BR	40 % BR + dépassements 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 + dépassements si prévus au contrat, dans la limite des plafonds réglementaires	Selon contrat
Ex. : verres simples et monture	107 € (par verre) 142 € (monture)	0,05 € (par verre) 0,05 € (monture)	0,03 € (par verre) 0,03 € (monture)	106,97 € (par verre) 99,97 € (monture)	42 €
Ex. : verres progressifs et monture	239 € (par verre) 142 € (monture)	0,05 € (par verre) 0,05 € (monture)	0,03 € (par verre) 0,03 € (monture)	238,97 € (par verre) 99,97 € (monture)	42 €

OPTIQUE	Tarif le plus souvent facturé ou tarif réglementé	Base de remboursement de la sécurité sociale (BR)[3]	Remboursement assurance maladie obligatoire (AMO)	Remboursement offre L66	Reste à charge pour l'assuré pour l'offre L66
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 prévue au contrat	Selon contrat
Forfait annuel	Non communiqué	Non remboursé (dans le cas général)	Non remboursé (dans le cas général)	200 €	Non connu
Chirurgie réfractive	Prix moyen national	Non remboursé	Non remboursé	Prise en charge si prévue au contrat	Selon contrat
Opération corrective de la myopie	Non communiqué	Non remboursé	Non remboursé	500 € / œil	Non connu

AIDES AUDITIVES	Tarif le plus souvent facturé ou tarif réglementé	Base de remboursement de la sécurité sociale (BR)[3]	Remboursement assurance maladie obligatoire (AMO)	Remboursement offre L66	Reste à charge pour l'assuré pour l'offre L66
Équipement 100 % santé	Prix limite de vente (PLV)	BR	60 % BR	40 % BR + dépassements dans la limite des PLV [4]	0 €
Équipement 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 + dépassements si prévus au contrat, dans la limite des plafonds réglementaires	Selon contrat
Équipement par oreille pour un patient de plus de 20 ans	1 565 €	400 €	240 €	1 160 €	165 €

(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 règlementation, 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/)