

## Tableau de comparaison des prestations

### Soins courants

Garanties	Sécurité sociale		Socle	Panier de soins PSC			MGEN Offre référence	CSS*
	%	BR		Option 1	Option 2			

<b>Consultations/Visites de médecins généralistes</b>								
Praticien·ne OPTAM		30 €						
Praticien·ne non OPTAM	70 %	23 €	100 %	-	-	100 %	100 %	100 %

<b>Consultations/Visites de médecins spécialistes</b>								
Praticien·ne OPTAM		Variable (pédiatrie : 35€ ; ophtalmologie : 31,50€ ; gynécologie : 37 € ; cardiologue : 52,50€ ...)		150 %	175 %	200 %		
Praticien·ne non OPTAM	70 %		130 %	150 %	175 %		100 %	100 %

<b>Actes techniques médicaux</b>								
Praticien·ne OPTAM		variable en fonction de l'acte		150 %	175 %	200 %		
Praticien·ne non OPTAM	70 %		130 %	150 %	175 %		100 %	100 %

<b>Actes d'imagerie médicale</b>								
Praticien·ne OPTAM			130 %	175 %	200 %			
Praticien·ne non OPTAM			100 %	150 %	175 %			
Mammographie praticien·ne OPTAM			130 %	250 %	250 %			
Mammographie praticien·ne non OPTAM			100 %	200 %	200 %			
	70 %	variable en fonction de l'acte					100 %	100 %

<b>Honoraires paramédicaux</b>								
Infirmier·es, pédicures, podologues, orthophonistes, orthoptistes		Variable (orthophoniste : 20 €)		100 %	150 %	150 %		
Masseurs-kinésithérapeutes	60 %	16 €	130 %	150 %	150 %		100 %	100 %

## Soins courants (suite)

Garanties	Sécurité sociale		Panier de soins PSC			MGEN Offre référence	CSS*	
	%	BR	Socle	Option 1	Option 2			
<b>Analyses et examens de laboratoire</b>								
Analyses et examens de laboratoire	60 %	variable en fonction de l'analyse	100 %	-	-	100 %	100 %	
<b>Médicaments</b>								
Médicaments remboursés par la SS à 65 %	65 %	Prix du médicament	100 %	-	-	100 %	100 %	
Médicaments remboursés par la SS à 30 %	30 %		100 %			15 %		
Médicaments remboursés par la SS à 15 %	15 %		100 %					
Pharmacie prescrite non remboursée par la SS (homéopathie, contraceptif, tests de grossesse)	Non pris en charge		70 € / an	150 € / an	150 € / an	70 € / an		

### \*CSS (Complémentaire Santé Solidaire)

La CSS, ou C2S, est une couverture santé complémentaire financée par l'État, destinée aux personnes disposant de ressources modestes, afin de réduire au maximum le coût de leurs dépenses de santé.

Similaire à une mutuelle, la C2S est attribuée soit gratuitement, soit en contrepartie d'une cotisation minime (1 € par jour et par personne maximum). Elle garantit un accès optimal à un large panel de soins, sans reste-à-chARGE.

Renseignements et plafonds de ressources : <https://www.complementaire-sante-solidaire.gouv.fr>

## Hospitalisation

<b>Matériel médical</b>							
Appareillage et prothèses médicales (hors aide auditive et optique) : semelles orthopédiques acceptées par la SS	60 %	variable selon l'appareillage	200 %	–	250 %	230 % (uniquement pour les semelles orthopédiques)	100 %
<b>Frais de transport en véhicule sanitaire</b>							
Ambulance, taxi conventionné (hors SMUR)	55 %	variable	100 %	–	–	100 %	
<b>Honoraires</b>							
Praticien·ne OPTAM*	80 %	variable selon les spécialités	150 %	200 %	200 %	150 %	100 %
Praticien·ne non OPTAM			130 %	175 %	175 %	130 %	
<b>Forfaits et frais de séjour</b>							
Forfait journalier hospitalier	Non pris en charge	Frais réel	–	–	Frais réel	100 %	
Forfait actes lourds (participation forfaitaire 24€)	Non pris en charge	Frais réel			Frais réel		
Frais de séjour	80 %	100 %			100 %		
<b>Chambre particulière</b>							
Court séjour et maternité	Non pris en charge	50 € / jour	60 € / jour	60 € / jour	50 € / jour (ou 33 € si prestation non conventionnelle)	Non pris en charge	
Soins de suite	Non pris en charge	40 € / jour	50 € / jour	50 € / jour	40 € / jour (ou 18,50 € si prestation non conventionnelle)		
Psychiatrie	Non pris en charge	45 € / jour	55 € / jour	55 € / jour	45 € / jour (ou 30 € si prestation non conventionnelle)		
Ambulatoire	Non pris en charge	25 €	–	–	25 € / jour (rien si prestation non conventionnelle)		
<b>Frais d'accompagnant</b>							
Établissement conventionné	Non pris en charge	38,50 € / nuit	–	–	38,50 € / nuit	Non pris en charge	
Établissement non conventionné	Non pris en charge	25 € / nuit			25 € / nuit		

## Dentaire

PANIER 100% SANTÉ (soins et prothèses)								
Couronne définitive (sur dent visible ou non visible)	60 %	120 €	Remboursement total des dépenses engagées. Pour un traitement et un tarif définis par les pouvoirs publics.	—	—	Remboursement total de la dépense engagée. Pour un traitement et un tarif définis par les pouvoirs publics.		
Inlay-core (avec ou sans clavette)		90 €						
Bridge dento-porté		280 €						
Couronne transitoire dento-portée		10 €						
Appareil amovible résine		de 64,40 à 365,50 € selon le nombre de dents						
Réparation sur appareil amovible en résine		22 €						

Soins							
Consultations, soins courants, radiologie, chirurgie, parodontologie (acceptée par SS)	60 %	Variable (détartrage: 28,92 € ; traitement d'une carie 3 faces ou plus : 65,50€ ...)	100 %	—	—	100 %	100 %

Prothèses panier maîtrisé								
Prothèses fixes (ou "bridges")	60 %	280 €	375 %	—	400 %	420 € sur dent visible 216 € sur dent non visible	100% + Couronne : 310 € (dent visible) 130 € (dent non visible) Bridge : 637 €	
Prothèses amovibles		de 64,40 à 365,50 € selon le nombre de dents	375 %		400 %	100 %		100% + 310 €
Prothèses provisoires		10 €	375 %		400 %	150 €		100% + 150 €
Inlay Core		90 €	150 %		400 %	100 %		100% + 150 €
Inlays onlays d'obturation		100 €	150 %		400 %	100 %		100% + 150 €

## Dentaire (suite)

Garanties	Sécurité sociale %	BR	Panier de soins PSC Socle	Option 1	Option 2	MGEN Offre référence	CSS*
<b>Prothèses panier libre</b>							
Prothèses fixes (ou "bridges") Sur dent visible	60 %	280 €	300 %	–	350 %	420 €	100% + 637 €
Prothèses fixes (ou "bridges") Sur dent non visible			250 %			216 €	
Prothèses amovibles sur dent visible		de 64,40 à 365,50 € selon le nombre de dents	300 %				
Prothèses amovibles sur dent non visible			250 %			100 %	
Prothèses provisoires		10 €	300 %				
Inlay Core		90 €	200 %				
Inlays onlays d'obturation		100 €	150 %			400 %	150 €
<b>Implantologie</b>							
Implants	Non pris en charge		500 € / implant (max. 2/an)	–	–	650 € / implant (max. 2/an)	500 €/ implant (limité à 2 implants sur 2 années civiles)
Couronne sur implant	60 %	120 €	200 € / couronne (max. 2/an)			–	200 € dans la limite de 2 couronnes sur 2 années civiles puis 161,25 € sur les suivantes
<b>Orthodontie</b>							
Orthodontie acceptée par la Sécurité sociale	100 %	194 €	250 %	–	300 %	542 € / semestre	270,50 € / semestre
Orthodontie refusée par la Sécurité sociale	Non pris en charge		400 € / semestre	–	500 € / semestre		

## Optique

Garanties	Sécurité sociale %	BR	Socle	Panier de soins PSC Option 1	Option 2	MGEN Offre référence	CSS*
<b>PANIER 100% SANTÉ (équipements, monture et verres)</b>							
Verre unifocal (classe A)							100% et 182 € (si monture et verres 100% santé)
Verre multifocal ou progressif (classe A)	60 %	de 6 à 51 €					100% et 161 € (si verres 100% santé et monture hors 100% santé)
Monture (classe A)		9 €	Remboursement total des dépenses engagées. Pour un traitement et un tarif définis par les pouvoirs publics.	—	—	Remboursement total de la dépense engagée. Pour un traitement et un tarif définis par les pouvoirs publics.	
<b>Monture hors 100% santé</b>							
Monture	60 %	0,05 €	50 €	—	—	60 € Si moins de 16 ans : 35 €	100 %

## Optique (suite)

Garanties	Sécurité sociale		Panier de soins PSC			MGEN Offre référence	css*	
	%	BR	Socle	Option 1	Option 2			
<b>Verres hors 100% santé</b>								
<b>Verre unifocal sphérique :</b>								
sphère de - 6 à + 6	60 %	0,05 €	60 €	–	80 €	45 €	100 %	
Sphère < 6 ou Sphère > 6			110 €		130 €	35€ Si hors kalixia optique		
<b>Verre unifocal, sphéro-cylindrique</b>								
Cylindre ≤ + 4, sphère de - 6 à 0	60 %	0,05 €	60 €	–	80 €	45 €	100 %	
Sphère > 0 et (sphère + cylindre) ≤ + 6			110 €		130 €	35€ Si hors kalixia optique		
Sphère > 0 et (sphère + cylindre) > + 6			110 €	–	130 €			
Cylindre ≥ + 0,25, sphère < - 6								
Cylindre > + 4, sphère de - 6 à 0								
<b>Verre multifocal ou progressif sphérique</b>								
Sphère de - 4 à + 4	60 %	0,05 €	150 €	–	190 €	120 €	100 %	
Sphère < - 4 ou > + 4			200 €		240 €	90 € si hors kalixia optique		
<b>Verre multifocal ou progressif sphérique</b>								
Cylindre ≤ + 4, sphère de - 8 à 0	60 %	0,05 €	150 €	–	190 €	120 €	100 %	
Sphère > 0 et (sphère + cylindre) ≤ + 8			200 €		240 €	90 € si hors kalixia optique		
Cylindre > + 4, sphère de - 8 à 0			200 €	–	240 €			
Sphère > 0 et (sphère + cylindre) > + 8								
Cylindre ≥ + 0,25, sphère < - 8								
<b>Autres</b>								
Lentilles prescrites acceptées par la Sécurité sociale / ou refusées par la SS	60% / non pris en charge	39,48 € par œil et par an	100 € / an	–	150 € / an	110 € / an	100 %	
Chirurgie réfractive dont kératotomie (par œil)	Non pris en charge		400 € / an	–	–	365 €	–	

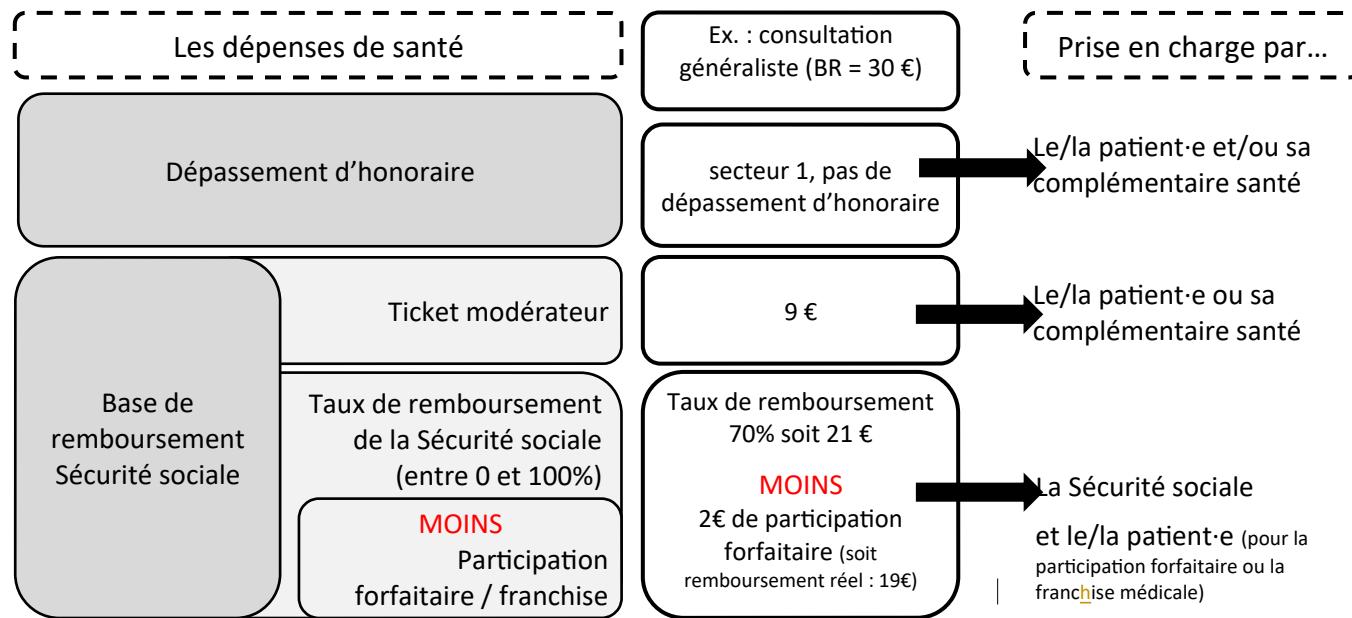
## Auditif

Garanties	Sécurité sociale		Socle	Panier de soins PSC			MGEN Offre référence	CSS*
	%	BR		Option 1	Option 2			
<b>PANIER 100% SANTÉ (équipements totalement remboursés)</b>								
Mutualiste de 20 ans et moins ou mutualiste atteint de cécité	60 %	1 400 €	Remboursement total des dépenses engagées. Pour un traitement et un tarif définis par les pouvoirs publics.	—	—	Remboursement total de la dépense engagée. Pour un traitement et un tarif définis par les pouvoirs publics.		
Mutualiste de plus de 20 ans	60 %	400 €						
<b>Équipements</b>								
Équipement à tarif libre pour un·e bénéficiaire	60 %	400 € (20 ans et plus)  1 400 € (moins de 20 ans)	800 €	—	1 000 €	740 €	100%  + 1000€ si moins de 20 ans  + 400€ Si plus de 20 ans	

## Actes divers

Garanties	Sécurité sociale %	BR	Socle	Panier de soins PSC Option 1	Option 2	MGEN Offre référence	CSS*
<b>Cures thermales</b>							
Traitements, hébergement et transport	65% (hébergement)		100 %	–	–	75€ / séjour	100% pour les traitements
Honoraires	70% / 65%		100 %	–	–		100 %
<b>Médecines additionnelles et de prévention</b>							
Ostéopathe, Chiropracteur, Homéopathe, Psychomotricien, Acupuncteur, étiopathie, sophrologue et pédicure-podologue	Non pris en charge (sauf acupuncteur : 70%)	Non pris en charge (sauf acupuncteur : De 26,50 à 30 €)	2 séances / an (limite à 40 €/séance)	4 séances / an (limite à 40 €/séance)	4 séances / an (limite à 40 €/séance)	100 € / année civile (40 € max par séance)	Non pris en charge
Psychologue (hors dispositif <i>mon soutien Psy</i> )	Non pris en charge		4 séances / an (limite à 30 €/séance)	8 séances / an (limite à 40 €/séance)	10 séances / an (limite à 40 €/séance)	15 € / séance (20 séances /an)	Non pris en charge
<b>Actes refusés</b>							
Forfait : vaccins, consultation diététique, bilan parodontal, ostéodensitométrie osseuse, sevrage tabagique	Non pris en charge		80 € par an	–	–	Forfait vaccins prescrits non remboursés par la SS + Contraception non remboursée et test de grossesse : 75 € par an	Non pris en charge
Forfait : contraception / test de grossesse	Non pris en charge		80 € par an	–	–		Non pris en charge
<b>Prévention</b>							
Dépistage prénatal non invasif / Amniocentèse	100% / Non pris en charge		183 € / acte	–	–	183 € / acte	

## Petit lexique Sécurité sociale, complémentaire santé...



### Base de remboursement de la Sécurité sociale (BR)

Tarif déterminé par la Sécurité sociale pour chaque acte ou équipement médical. C'est sur la base de ce tarif que la Sécurité sociale et les complémentaires santé définissent leur niveau de remboursement en pourcentage.

### Franchises médicales

Une franchise est appliquée à chaque boîte de médicaments (1€), actes d'auxiliaires médicaux (1€ dans la limite de 4€ par jour) et transport sanitaire (4 € dans la limite de 8 € par jour). Cette franchise est plafonnée à 50 € par an. Elle ne s'applique pas aux mineurs, aux bénéficiaires de la C2S et aux femmes enceintes (à compter du 6<sup>ème</sup> mois de grossesse).

Ce montant est déduit des remboursements effectués par la Sécurité sociale et n'est pas pris en charge par la complémentaire santé.

### Participation forfaitaire

Une participation forfaitaire de 2 euros est appliquée à chaque consultation médicale (généraliste et spécialiste) et sur les actes de biologie (dans la limite de 8 € par jour) ou radiologie. Cette participation est plafonnée à 50 € par an. Elle ne s'applique pas aux mineurs, aux bénéficiaires de la C2S et aux femmes enceintes (à compter du 6<sup>ème</sup> mois de grossesse).

Le montant de la participation forfaitaire est déduit des remboursements effectués par la Sécurité sociale et non pris en charge par la complémentaire santé.

## Ticket Modérateur

C'est la différence laissée à la charge du patient, de la patiente, entre la base de remboursement (BR) et la part remboursée par la Sécurité sociale. Ce reste à charge peut être pris en charge par une complémentaire santé.

*Ex. du tableau de garantie pour une consultation d'un-e généraliste, la base de remboursement Sécurité sociale est de 30€. 70% de cette BR est remboursée par la Sécurité sociale à l'assuré·e (après déduction de la participation forfaitaire de 2€). Le contrat PSC prévoit un remboursement à 100%. Cela signifie que la complémentaire va prendre en charge les 30% de la BR non remboursés par la Sécurité sociale (mais sans prendre pas en charge la participation forfaitaire).*

## Dépassements d'honoraires

Différence entre les honoraires demandés par le praticien, la praticienne, et la base de remboursement de la Sécurité sociale. Ce reste à charge peut être pris en charge par une complémentaire santé. Les praticiens et praticiennes en secteur 1 ne pratiquent pas de dépassements d'honoraires.

*Ex. du tableau de garantie pour une consultation d'un-e spécialiste : un-e cardiologue (secteur 2), la base de remboursement Sécurité sociale est de 52,50€. 70% de cette BR est remboursée par la Sécurité sociale à l'assuré·e (après déduction de la participation forfaitaire). Le contrat PSC prévoit un remboursement à 150%. Cela signifie que la complémentaire va prendre en charge les 30% de la BR non remboursés pas la Sécurité sociale et un éventuel dépassement d'honoraire à hauteur de 50 % de la BR.*

*Ainsi, si la consultation s'élève à 70€ (donc supérieure à la base de remboursement décidée par la Sécurité sociale) :*

*La Sécurité sociale va rembourser :  $(52,50\text{€} \times 70\%) - 2 = 36,75\text{€} - 2\text{€} = 34,75\text{€}$*

*Le contrat PSC peut rembourser 150% de la base de remboursement (52,50€) soit jusqu'à 78,75€ (en prenant en compte la partie Sécurité sociale). Dans l'exemple, le contrat PSC va rembourser 33,25€ (soit 70€ - 36,75€).*

## Prestations des complémentaires santé

Elles peuvent être définies

- sur la base de remboursement de la Sécurité sociale,
- sur les frais réels
- par un forfait.

## OPTAM et OPTAM-CO

L'OPTAM (option pratique tarifaire maîtrisée) et l'OPTAM-CO (option pratique tarifaire maîtrisée des chirurgiens et des gynécologues-obstétriciens) sont des dispositifs liant l'Assurance maladie et les médecins signataires de ce contrat. Cet accord autorise des dépassements d'honoraires encadrés :

- En secteur 1, le médecin conventionné (généraliste ou spécialiste) a des tarifs fixés par la convention des médecins et ne pratique pas de dépassements d'honoraires sauf dans des cas exceptionnels (visite en urgence, consultation en dehors des horaires habituels ou en dehors du parcours de soins coordonnés).
- En secteur 2, le médecin (généraliste ou spécialiste) peut pratiquer des dépassements d'honoraires.

Liste des spécialistes OPTAM ou OPTAM-CO : rendez-vous sur le site [annuairesante.ameli.fr](http://annuairesante.ameli.fr) (rubrique Annuaire Santé).

Il existe un secteur 3 pour les médecins qui n'adhèrent pas à la convention médicale. Elles et ils sont de ce fait exclus du remboursement à 70 % de la Sécurité sociale. La prise en charge est minime.

## Lexique garantie optique :

**Unifocal / multifocal** : Les verres unifocaux, ou verres monofocaux, corrigent un défaut visuel unique. Les verres progressifs, aussi appelés verres multifocaux, permettent de corriger plusieurs défauts visuels à la fois (myopie, hypermétropie, astigmatisme, presbytie) grâce à des corrections différentes sur le même verre.

**Verres sphériques** : Verres à foyer unique (unifocaux). Ils corrigent un défaut visuel simple comme la myopie, l'hypermétropie ou l'astigmatisme.

**Verres cylindriques** : Verre correcteur, destiné à corriger l'astigmatisme.

**Ex : sphère < -6** : Cette valeur indique la puissance de correction nécessaire pour corriger le défaut. Elle s'exprime en dioptres.