

Tableau issu de l'avis du CCSF du 11 mai 2021 – Lisibilité des contrats d'assurance complémentaire santé



Exemples de Remboursement Garantie BASILIC

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 GARANTIE BASILIC	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	50€ jour	Selon facture de l'établissement
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 €	125% BR	0€
Frais de séjour en secteur privé	Tarif moyen de 745, 54€	745,54€	721,54€	24€	0 €
Honoraires médecins adhérents OPTAM ou OPTAM-CO	Dépassements maîtrisés	BR	100 % BR	120% BR	
Opération en secteur privé : honoraires chirurgien	Tarif moyen de 355€	271,70€	271,70€	54,34€	28,96€
Honoraires médecins secteur 2 (non adhérents OPTAM ou OPTAM-CO)	Honoraires libres	BR	100 % BR	100% BR	
Opération en secteur privé : honoraires chirurgien	Tarif moyen de 447€	271,70€	271,70€	0€	175,30€
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	125 % BR	0 €
Frais de séjour en secteur public	Tarif moyen de 3270,12€	3270,12€	2616,10€	654,02€	0€

Tableau issu de l'avis du CCSF du 11 mai 2021 – Lisibilité des contrats d'assurance complémentaire santé

Contrat d'assurance santé responsable ²	Tarif le plus souvent facturé, ou tarif réglementé	Base de remboursement de la sécurité sociale (BR) ³	Remboursement AMO (Assurance maladie obligatoire)	Remboursement GARANTIE BASILIC	Reste à charge
Soins courants					
Honoraires médecins secteur 1 (généralistes ou spécialistes)	Tarif de convention	BR	70 % BR – 1 €	120 % BR	1 € de participation forfaitaire
<i>Ex : consultation médecin traitant généraliste pour un patient de plus de 18 ans</i>	25 €	25 €	16,50 €	7,50 €	1 € de participation forfaitaire
<i>Ex : consultation pédiatre pour enfant de moins de 6 ans</i>	32 €	32 €	22,40 €	9,60 €	0 €
<i>Ex : consultation médecin spécialiste pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie, ophtalmologie, dermatologie, etc...)</i>	30 €	30 €	20 €	9 €	1 € de participation forfaitaire
Honoraires médecins adhérents OPTAM ou OPTAM-CO	Dépassements maîtrisés	BR	70 % BR – 1 €	120 % BR	1 € de participation forfaitaire
<i>Ex : consultation pédiatre pour enfant de moins de 6 ans</i>	32€	32€	22,40€	9,60€	0€
<i>Ex : consultation médecin spécialiste pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie, ophtalmologie, dermatologie, etc...)</i>	44€	30€	20€	15€	7€ + 1€ de participation forfaitaire
Honoraires médecins secteur 2 (non adhérents OPTAM ou OPTAM-CO)	Honoraires libres	BR	70% BR – 1€	100 % BR	1€ de participation forfaitaire
<i>Ex : consultation pédiatre pour enfant de 2 à 16 ans</i>	55€	23€	16,10€	6,90 €	32€
<i>Ex : consultation médecin spécialiste pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie, ophtalmologie, dermatologie, etc...)</i>	57€	23€	15,10€	6,90€	33€ + 1€ de participation forfaitaire
Matériel médical	Tarif moyen facturé	BR	60% BR	120 % BR	
<i>Ex : achat d'une paire de béquilles</i>	25,80€	24,40€	14,64€	11,16€	0€

Tableau issu de l'avis du CCSF du 11 mai 2021 – Lisibilité des contrats d'assurance complémentaire santé

Contrat d'assurance santé responsable ²	Tarif le plus souvent facturé, ou tarif réglementé	Base de remboursement de la sécurité sociale (BR) ³	Remboursement AMO (Assurance maladie obligatoire)	Remboursement GARANTIE BASILIC	Reste à charge
Dentaire					
Soins et prothèses 100% santé	Prix moyen national	BR	60 ET 70% BR	100% FR dans la limite du plafond des honoraires	0€
<i>Ex : pose d'une couronne céramo-métallique sur incisives, canines et premières prémolaires</i>	500€	120€	84€	416€	0€
Soins (hors 100% santé)	Tarif de convention	BR	60% BR	125% BR	0€
<i>Ex : détartrage</i>	43,38€	43,38€	26.03€	17.35€	0€
Prothèses (hors 100% santé)	Prix moyen national	BR	70% BR	200% BR	
<i>Ex : couronne céramo-métallique sur molaires</i>	537,48€	120€	84€	156€	297,48€
Orthodontie (moins de 16 ans)	Prix moyen national	BR	100 % BR	150% BR	
<i>Ex : traitement par semestre (6 max)</i>	720€	193,50€	193,50 €	96,75€	429,75€
Optique					
Équipement 100% santé	Prix moyen national	BR	60 % BR	100 %FR dans la limite des PLV	0 €
<i>Ex : Verres simples et monture</i>	41 € (par verre) + 30 € (monture)	12,75 € par verre + 9 € monture	7,65€ par verre + 5,40€	33,35€ par verre + 24,60 €	0€
<i>Ex : Verres progressifs et monture</i>	90 € (par verre) + 30 € (monture)	27 € par verre + 9 € monture	16,20 € par verre + 5,40 €	73,80 € par verre + 24,60 €	0€
Équipement (hors 100% santé)	Prix moyen national	BR	60 % BR	Forfait par verre dans la limite des plafonds réglementaires	95€ monture et % du PMSS en vigueur par verre
<i>Ex verres simples + monture</i>	100 € (par verre) + 139 € (monture)	0,05 € par verre + 0,05 €	0,03 € par verre + 0,03 €	115.92€ par verre + 94,97€ monture	0 verres + 44€ monture
<i>Ex verres progressifs + monture</i>	231 € (par verre) + 139 € (monture)	0,05 € par verre + 0,05 €	0,03 € par verre + 0,03 €	193.20€ par verre +94,97€ monture	37.80€ verre +44€ monture
Lentilles	Prix moyen national	Pas de prise en charge (dans le cas général)	Pas de prise en charge (dans le cas général)	Forfait annuel 5% PMSS si lentilles prises en charge par le RO	
<i>Forfait annuel</i>	NC	Non remboursé (dans le cas général)	Non remboursé (dans le cas général)	200.25€ par bénéficiaire	Selon facture

Tableau issu de l'avis du CCSF du 11 mai 2021 – Lisibilité des contrats d'assurance complémentaire santé

Chirurgie réfractive	Prix moyen national	Non remboursé	Non remboursé	Forfait annuel 10% du PMSS par œil	
Ex opération corrective de la myopie	NC	Non remboursé	Non remboursé	400.50 €	Selon facturation
Aides auditives					
Équipement 100% santé	Prix moyen national	BR	60% BR	100% FR dans la limite des PLV	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	125 % BR par aide auditive dans la limite des plafonds règlementaires	
Par oreille pour un patient de plus de 20 ans	1515€	400€	240€	260€	1015€
Équipement 100% santé					
Véhicules destinés à des personnes en situation de handicap -Prothèse capillaire classe II				100% FR tel que défini règlementairement	0 €

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 : PLV = Prix limite de vente

PMSS : Plafond Mensuel Sécurité Sociale 4005€ en 2026

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/>)