

Tableau de comparaison des prestations

Soins courants

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

Consultations/Visites de médecins généralistes

Praticien·ne OPTAM	70 %	30 €	100 %	-	-	100 %	100 %
Praticien·ne non OPTAM		23 €					

Consultations/Visites de médecins spécialistes

Praticien·ne OPTAM	70 %	Variable (pédiatrie : 35€ ; ophtalmologie : 31,50€ ; gynécologie : 37 € ; cardiologue : 52,50€ ...)	150 %	175 %	200 %	100 %	100 %
Praticien·ne non OPTAM			130 %	150 %	175 %		

Actes techniques médicaux

Praticien·ne OPTAM	70 %	variable en fonction de l'acte	150 %	175 %	200 %	100 %	100 %
Praticien·ne non OPTAM			130 %	150 %	175 %		

Actes d'imagerie médicale

Praticien·ne OPTAM	70 %	variable en fonction de l'acte	130 %	175 %	200 %	100 %	100 %
Praticien·ne non OPTAM			100 %	150 %	175 %		
Mammographie praticien·ne OPTAM			130 %	250 %	250 %		
Mammographie praticien·ne non OPTAM			100 %	200 %	200 %		

Honoraires paramédicaux

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

Soins courants (suite)

Garanties	Sécurité sociale		Socle	Panier de soins PSC			MGEN Offre référence	CSS*
	%	BR		Option 1	Option 2			
Analyses et examens de laboratoire								
Analyses et examens de laboratoire	60 %	variable en fonction de l'analyse		100 %	–	–	100 %	100 %
Médicaments								
Médicaments remboursés par la SS à 65 %	65 %	Prix du médicament	100 %	–	–	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	–	

Hospitalisation

Matériel médical							
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 %
Frais de transport en véhicule sanitaire							
Ambulance, taxi conventionné (hors SMUR)	55 %	variable	100 %	-	-	100 %	
Honoraires							
Praticien·ne OPTAM*	80 %	variable selon les spécialités	150 %	200 %	200 %	150 %	100 %
Praticien·ne non OPTAM			130 %	175 %	175 %	130 %	
Forfaits et frais de séjour							
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 %	
Chambre particulière							
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)	
Frais d'accompagnant							
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

Garanties	Sécurité sociale %	BR	Panier de soins PSC Socle	Option 1	Option 2	MGEN Offre référence	CSS*	
PANIER 100% SANTÉ (soins et prothèses)								
Couronne définitive (sur dent visible ou non visible)	60 %	120 €	<p>Remboursement total des dépenses engagées. Pour un traitement et un tarif définis par les pouvoirs publics.</p>	—	—	<p>Remboursement total de la dépense engagée. Pour un traitement et un tarif définis par les pouvoirs publics.</p>		
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 %	<p>—</p>	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 % + 310€		
Prothèses provisoires		10 €	375 %		400 %	100 %		
Inlay Core		90 €	150 %		150 €	100% + 150€		
Inlays onlays d'obturation		100 €	—		—	—		

Dentaire (suite)

Garanties	Sécurité sociale %	BR	Panier de soins PSC Socle	Option 1	Option 2	MGEN Offre référence	CSS*
Prothèses panier libre							
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 €
Implantologie							
Implants	Non pris en charge		500 € / 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	
Orthodontie							
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*
PANIER 100% SANTÉ (équipements, monture et verres)							
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.	
Monture hors 100% santé							
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		
Verres hors 100% santé							
Verre unifocal sphérique :							
sphère de - 6 à + 6	60 %	0,05 €	60 €	—	80 €	45 €	100 %
Sphère < 6 ou Sphère > 6			110 €		130 €	35€ Si hors kalixia optique	
Verre unifocal, sphéro-cylindrique							
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			—		—	—	
Cylindre ≥ + 0,25, sphère < - 6			—		—	—	
Cylindre > + 4, sphère de - 6 à 0			—		—	—	
Verre multifocal ou progressif sphérique							
Sphère de - 4 à + 4	60 %	0,05 €	150 €	—	190 €	120 €	100 %
Sphère < - 4 ou > + 4			200 €		240 €	90 € si hors kalixia optique	
Verre multifocal ou progressif sphérique							
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			—		—	—	
Sphère > 0 et (sphère + cylindre) > + 8			—		—	—	
Cylindre ≥ + 0,25, sphère < - 8			—		—	—	
Autres							
Lentilles prescrites acceptées par la Sécurité sociale / ou refusées par la SS	60% / non pris en charge	39,48 € par œil / an	100 € / an	—	150 € / an	110 € / an	100 %
Chirurgie réfractive dont kératotomie (par œil)	Non pris en charge		400 € / an	—	—	365 €	—

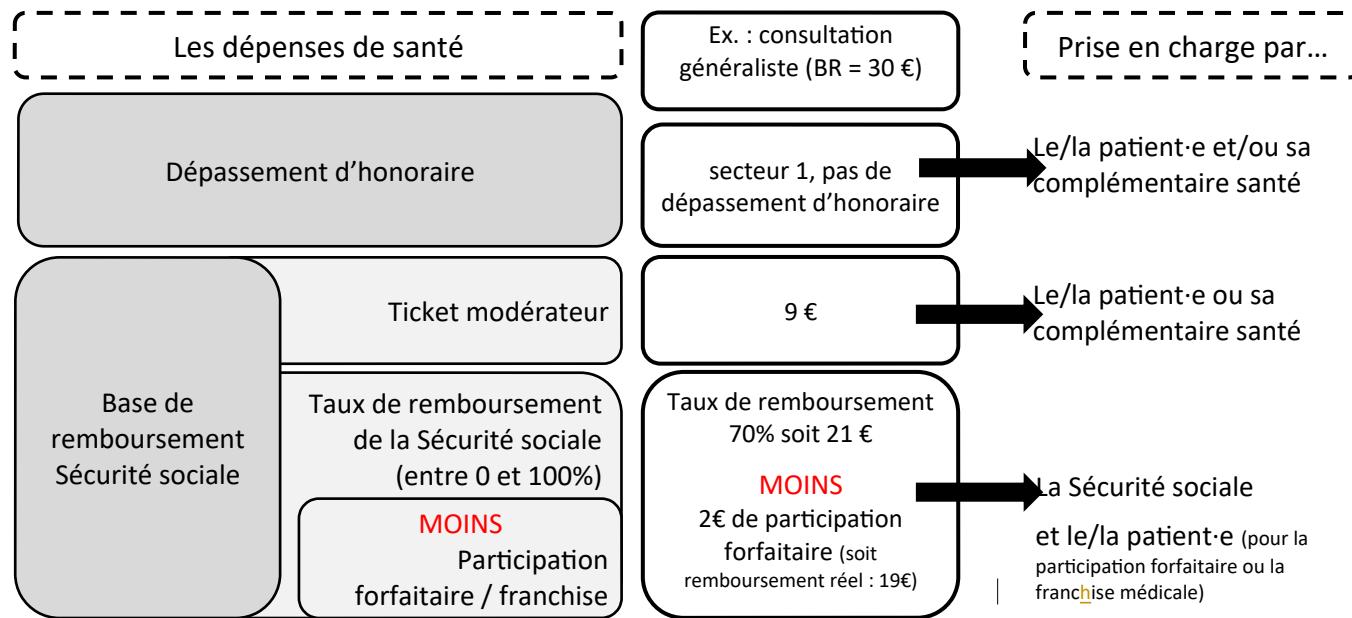
Auditif

Garanties	Sécurité sociale		Panier de soins PSC			MGEN	CSS*
	%	BR	Socle	Option 1	Option 2	Offre référence	
PANIER 100% SANTÉ (équipements totalement remboursés)							
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 €					
Équipements							
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*
Cures thermales							
Traitements, hébergement et transport	65% (hébergement)		100 %	–	–	75€ / séjour	100% pour les traitements
Honoraires	70% / 65%		100 %	–	–		100 %
Médecines additionnelles et de prévention							
Ostéopathe, Chiropracteur, Homéopathe, Psychomotricien, Acupuncteur, étiopathe, 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
Actes refusés							
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
Prévention							
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 complémentaire 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^{ème} 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^{ème} 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 (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 dioptries.