

Exemples

À noter que les remboursements mutuelle en Euros sont égaux à la base de remboursement Sécurité Sociale (SS) multipliée par le % (limité aux frais réels), + éventuellement une somme fixe.

Hors 100 % Santé (optique, Aide Auditive, Dentaire)

Nature des soins	Qté	Dépenses engagées	Montant remboursé SS	EPC N & B €	reste à charge €	EPC couleur €	reste à charge €
MALADIE							
Généraliste DPTAM	1	25,00	16,50	7,50	1,00	7,50	1,00
1 Généraliste Non DPTAM	1	45,00	15,10	6,90	23,00	13,80	16,10
Spécialiste DPTAM	1	46,00	31,20	13,80	1,00	13,80	1,00
Spécialiste Non DPTAM	1	55,00	15,10	10,35	29,55	25,30	14,60
Pharmacie 15 %	1	15,00	1,75	12,75	0,50	12,75	0,50
Analyses 60% ou 100%	B250	67,50	39,50	27,00	1,00	27,00	1,00

HOSPITALISATION							
Chambre particulière	1	65,00	0,00	65,00	0,00	65,00	0,00
Forfait journalier	1	20,00	0,00	20,00	0,00	20,00	0,00
Hébergement d'accompagnement d'enfant de moins de 16 ans	1	35,00	0,00	31,00	4,00	31,00	4,00
Chirurgie (honoraires) DPTAM	1	120,00	96,00	24,00	0,00	24,00	0,00

OPTIQUE *monture comprise 100,00 €							
Tarif libre : 2 verres simples *	1	250,00	0,09	249,91	0,00	249,91	0,00
Tarif libre : 2 verres complexes *	1	400,00	0,09	399,91	0,00	399,91	0,00
Tarif libre : 2 verres hyper-complexes *	1	400,00	0,09	399,91	0,00	399,91	0,00
3 Tarif libre : 1 verre simple et 1 verre complexe *	1	475,00	0,09	324,91	150,00	474,91	0,00
Tarif libre : 1 verre complexe et 1 verre hyper complexe *	1	550,00	0,09	399,91	150,00	549,91	0,00
2 100 % SANTÉ : 1 verre simple et 1 verre complexe *	1	475,00	16,20	458,80	0,00	458,80	0,00
Lentilles remboursées	4*	196,00	47,38	148,62	0,00	148,62	0,00

4* boîtes de lentilles mensuelles

Nature des soins	Qté	Dépenses engagées	Montant remboursé SS	EPC N & B €	reste à charge €	EPC couleur €	reste à charge €
ACOUSTIQUE							
Tarif libre : Prothèse auditive (oreille seule)	1	1300,00	210,00	650,00	440,00	780,00	310,00
Tarif libre : Prothèses auditives (deux oreilles)	2	2600,00	420,00	1300,00	880,00	1600,00	580,00
4 100 % SANTÉ : Prothèses auditives (deux oreilles)	2	2200,00	420,00	1780,00	0,00	1780,00	0,00
DENTAIRE hors 100 % Santé							
Couronne	1	200,00	84,00	116,00	0,00	116,00	0,00
Inlay Core	1	200,00	63,00	117,00	20,00	137,00	0,00
Appareil dentaire 1 à 3 dents	1	500,00	45,15	135,45	319,40	335,45	119,40
Appareil dentaire complet	1	1800,00	127,93	383,78	1288,30	583,78	1088,30
Bridge	1	1200,00	195,65	586,95	417,40	786,95	217,40
5 Implant	1	1200,00	0,00	600,00	600,00	800,00	400,00
Orthodontie acceptée	1	600,00	193,50	193,50	213,00	393,50	13,00
Orthodontie refusée	1	600,00	0,00	193,50	406,50	393,50	206,50

DPTAM : Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée

