

# Exemples de remboursements 2021<sup>1</sup>

## MGPACK

Engagée à faciliter la lisibilité des remboursements des dépenses de santé, la MGP refond son tableau des exemples de remboursements en conformité avec l'accord du Comité consultatif du secteur financier (CCSF) du 11 mai 2021.

### La MGP vous donne les clés pour mieux comprendre vos remboursements MGPack !

Ce sont désormais **26 exemples de remboursements** en euros compris dans le tableau avec des nouveautés :

• **Un code couleur spécifique pour repérer facilement les postes de soins**

Hospitalisation

Soins courants

Dentaire

Optique

Aides auditives

• **La Base de Remboursement (BR) est un tarif de référence exprimé en euros que la Sécurité sociale détermine pour chaque frais de santé.**

Elle se base sur ce tarif pour déterminer le montant des remboursements de vos frais de santé.

• **L'Assurance Maladie Obligatoire (AMO) va vous reverser un pourcentage de cette BR.**

	Tarif le plus souvent facturé ou tarif réglementé	Base de remboursement de la Sécurité sociale (BR) <sup>3</sup>	Remboursement assurance maladie obligatoire (AMO)	MGPack DECOUVERTE		MGPack PLUS ou FAMILLE	
				Remboursement MGP	Reste à charge	Remboursement MGP	Reste à charge
<b>SOINS COURANTS</b>							
<b>Honoraires médecins secteur 1 (généralistes ou spécialistes)</b>	Tarif de convention	BR	70% BR - 1 €	30% BR	1 € de participation forfaitaire	30% BR	1 € de participation forfaitaire
Ex : consultation médecin traitant généraliste pour un patient de plus de 18 ans	25 €	25 €	16,50 €	7,50 €	1 €	7,50 €	1 €

• **Une ligne pédagogique en fond de couleur qui explicite le mécanisme de remboursement.**

• **Le reste à charge est la part des dépenses de santé à votre charge après le remboursement de l'Assurance maladie obligatoire et de votre mutuelle.**

Retrouvez en dernière page notre **lexique des termes techniques !**

Contrats d'assurance santé responsables <sup>2</sup>	Tarif le plus souvent facturé ou tarif réglementé	Base de remboursement de la Sécurité sociale (BR) <sup>3</sup>	Remboursement assurance maladie obligatoire (AMO)	MGPack DECOUVERTE		MGPack PLUS ou FAMILLE	
				Remboursement MGP	Reste à charge	Remboursement MGP	Reste à charge
<b>HOSPITALISATION</b>							
Forfait journalier hospitalier (hébergement)	20 € (15 € en service psychiatrique)	0 €	0 €	20 € (15 €)	0 €	20 € (15 €)	0 €
Chambre particulière (sur demande du patient)*	NC	0 €	0 €	31 € / jour	Selon prix pratiqué	42 € / jour	Selon prix pratiqué
<i>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)</i>							
<b>Exemple d'une opération chirurgicale de la cataracte, en secteur privé</b>							
Frais de séjour	Différent selon public/privé	BR	BR - 24 €	24 €	0 €	24 €	0 €
Frais de séjour en secteur privé	Tarif moyen de 745,54 €	745,54 €	721,54 €	24 €	0 €	24 €	0 €
Honoraires médecins adhérents OPTAM ou OPTAM-CO	Dépassements maîtrisés	BR	100% BR	Participation forfaitaire	Selon prix pratiqué	Dépassement prévu au contrat	Selon prix pratiqué
Opération en secteur privé : honoraires chirurgien	Tarif moyen de 355 €	271,70 €	247,70 €	24 €	83,30 €	51,17 €	56,13 €
Honoraires médecins secteur 2 (non adhérents OPTAM ou OPTAM-CO)	Honoraires libres	BR	100% BR	Participation forfaitaire	Selon prix pratiqué	Participation forfaitaire	Selon prix pratiqué
Opération en secteur privé : honoraires chirurgien	Tarif moyen de 447 €	271,70 €	247,70 €	24 €	175,30 €	24 €	175,30 €
<i>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)</i>							
<b>Exemple d'un suivi d'une pneumonie ou pleurésie pour un patient de plus de 17 ans, en hôpital public</b>							
Frais de séjour	Différent selon public/privé	BR	80% BR	20% BR	0 €	20% BR	0 €
Frais de séjour en secteur public	Tarif moyen de 3 270,12 €	3 270,12 €	2 616,10 €	654,02 €	0 €	654,02 €	0 €
<b>SOINS COURANTS</b>							
<b>Honoraires médecins secteur 1 (généralistes ou spécialistes)</b>	Tarif de convention	BR	70% BR - 1 €	30% BR	1 € de participation forfaitaire	30% BR	1 € de participation forfaitaire
Ex : consultation médecin traitant généraliste pour un patient de plus de 18 ans	25 €	25 €	16,50 €	7,50 €	1 €	7,50 €	1 €
Ex : consultation pédiatre pour enfant de moins de 6 ans	32 €	32 €	22,40 €	9,60 €	0 €	9,60 €	0 €
Ex : consultation médecin spécialiste pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie, ophtalmologie, dermatologie...)	30 €	30 €	20 €	9 €	1 €	9 €	1 €
<b>Honoraires médecins adhérents OPTAM ou OPTAM-CO</b>	Dépassements maîtrisés	BR	70% BR - 1 €	30% BR	Selon prix pratiqué	30% BR	Selon prix pratiqué
Ex : consultation pédiatre pour enfant de moins de 6 ans	32 €	32 €	22,40 €	9,60 €	0 €	9,60 €	0 €
Ex : consultation médecin spécialiste pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie, ophtalmologie, dermatologie...)	44 €	30 €	20 €	9 €	15 €	9 €	15 €
<b>Honoraires médecins secteur 2 (non adhérents OPTAM ou OPTAM-CO)</b>	Honoraires libres	BR	70% BR - 1 €	30% BR	Selon prix pratiqué	30% BR	Selon prix pratiqué
Ex : consultation pédiatre pour enfant de moins de 2 à 16 ans	55 €	23 €	16,10 €	6,90 €	32 €	6,90 €	32 €
Ex : consultation médecin spécialiste pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie, ophtalmologie, dermatologie...)	57 €	23 €	15,10 €	6,90 €	35 €	6,90 €	35 €
<b>Matériel médical</b>	Tarif moyen facturé	BR	60% BR	40% BR	Selon prix pratiqué	40% BR + dépassement prévu au contrat	Selon prix pratiqué
Ex : achat d'une paire de béquilles	25,80 €	24,40 €	14,64 €	9,76 €	1,40 €	11,16 €	0 €
<b>AUTRES EXEMPLES DE REMBOURSEMENTS EN EUROS</b>							
Consultation de psychologue (1 séance)	60 €	0 €	0 €	60 €	0 €	60 €	0 €
Ostéopathie (1 séance)	53 €	0 €	0 €	0 €	53 €	15 €	38 €
<b>DENTAIRE</b>							
<b>Soins et prothèses 100 % santé</b>	Prix moyen national	BR	70% BR	30% BR + dépassement dans la limite du PDH <sup>4</sup>	0 €	30% BR + dépassement dans la limite du PDH <sup>4</sup>	0 €
Ex : Couronne céramométallique sur incisives, canines et premières prémolaires (prothèses 100% santé)	500 €	120 €	84 €	416 €	0 €	416 €	0 €
<b>Soins (hors 100% santé)</b>	Tarif de convention	BR	70% BR	30% BR	Selon prix pratiqué	30% BR	Selon prix pratiqué
Ex : Détartrage	43,38 €	43,38 €	30,37 €	13,01 €	0 €	13,01 €	0 €
<b>Prothèses (hors 100% santé)</b>	Prix moyen national	BR	70% BR	30% BR	Selon prix pratiqué	30% BR + dépassement prévu au contrat	Selon prix pratiqué
Ex : Couronne céramométallique sur molaires	537,48 €	120 €	84 €	36 €	417,48 €	188,40 €	265,08 €
<b>Orthodontie (moins de 16 ans)</b>	Prix moyen national	BR	100% BR	Dépassement prévu au contrat	Selon prix pratiqué	Dépassement prévu au contrat	Selon prix pratiqué
ex : Traitement par semestre (6 max)	720 €	193,50 €	193,50 €	0 €	526,50 €	116,10 €	410,40 €
<b>OPTIQUE</b>							
<b>Equipement 100% santé</b>	Prix moyen national	BR	60% BR	40% BR + dépassement dans la limite des PLV <sup>5</sup>	0 €	40% BR + dépassement dans la limite des PLV <sup>5</sup>	0 €
Ex : verres simples et monture	41 €/verre + 30 €/monture	12,75 €/verre + 9 €/monture	7,65 €/verre + 5,40 €/monture	33,35 €/verre + 24,60 €/monture	0 €	33,35 €/verre + 24,60 €/monture	0 €
Ex : verres progressifs et monture	90 €/verre + 30 €/monture	27 €/verre + 9 €/monture	16,20 €/verre + 5,40 €/monture	73,80 €/verre + 24,60 €/monture	0 €	73,80 €/verre + 24,60 €/monture	0 €
<b>Equipement hors 100% santé</b>	Prix moyen national	BR	60% BR	40% BR + dépassement prévu au contrat dans la limite des PR <sup>6</sup>	Selon prix pratiqué	40% BR + dépassement prévu au contrat dans la limite des PR <sup>6</sup>	Selon prix pratiqué
Ex : verres simples et monture	100 €/verre + 139 €/monture	0,05 €/verre + 0,05 €/monture	0,03 €/verre + 0,03 €/monture	17,02 €/verre + 20,02 €/monture	284,85 €	72,02 €/verre + 60,02 €/monture	134,85 €
Ex : verres progressifs et monture	231 €/verre + 139 €/monture	0,05 €/verre + 0,05 €/monture	0,03 €/verre + 0,03 €/monture	90,02 €/verre + 20,02 €/monture	400,85 €	118,02 €/verre + 60,02 €/monture	304,85 €
<b>Lentilles</b>	Prix moyen national	Pas de prise en charge (dans le cas général)	Pas de prise en charge (dans le cas général)	Pas de prise en charge	Selon prix pratiqué	Prise en charge par le contrat	Selon prix pratiqué
Forfait annuel	NC	0 €	0 €	Non couvert	Selon prix pratiqué	92 €	Selon prix pratiqué
<b>Chirurgie réfractive</b>	Prix moyen national	Non remboursé	Non remboursé	Pas de prise en charge	Selon prix pratiqué	Prise en charge par le contrat	Selon prix pratiqué
Ex : opération corrective de la myopie	NC	0 €	0 €	Non couvert	Selon prix pratiqué	155 €	Selon prix pratiqué
<b>AIDES AUDITIVES</b>							
<b>Equipement 100% santé</b>	Prix moyen national	BR	60% BR	40% BR + dépassement dans la limite des PLV <sup>5</sup>	0 €	40% BR + dépassement dans la limite des PLV <sup>5</sup>	0 €
Par oreille pour un patient de plus de 20 ans	950 €	400 €	240 €	710 €	0 €	710 €	0 €
<b>Equipement hors 100% santé</b>	Prix moyen national	BR	60% BR	40% BR	Selon prix pratiqué	40% BR + dépassement prévu au contrat dans la limite des PR <sup>6</sup>	Selon prix pratiqué
Par oreille pour un patient de plus de 20 ans	1 476 €	400 €	240 €	160 €	1 076 €	252 €	984 €

# Lexique des termes techniques

## Contrats dits responsables

Contrats respectant des obligations fixées par la réglementation, notamment des minimums et maximums de remboursement ainsi que des interdictions de prise en charge.

## Participation forfaitaire d'1 €

Laissée à la charge du patient pour tous les actes et consultations réalisés par un médecin, ainsi que pour tous les actes de biologie et de radiologie.

## OPTAM ou OPTAM-CO

L'Option Pratique Tarifaire Maîtrisée est un contrat passé entre les médecins et l'Assurance maladie, dont l'objectif est d'encadrer les tarifs et les dépassements d'honoraires pratiqués par les médecins. L'OPTAM-CO est réservé aux médecins conventionnés du secteur 2 et spécialisés en chirurgie ou en gynécologie obstétrique.

## Tarif de convention

Le tarif conventionnel (ou tarif de convention) est un tarif établi par la Sécurité Sociale, les syndicats des professionnels de la médecine et le Gouvernement.

## Honoraires libres

Les honoraires libres sont les tarifs de consultation fixés par les praticiens.

- (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) La limite du plafond des honoraires : Montant maximum pouvant être facturé par un chirurgien-dentiste conventionné avec l'Assurance maladie obligatoire pour un acte donné. On parle également de "tarifs plafonnés". Depuis 2019, des honoraires limites de facturation sont appliqués progressivement aux prothèses dentaires contenues dans le panier "100 % Santé" et dans le panier "modéré".
- (5) Le prix limite de vente (PLV) d'un dispositif médical correspond au prix maximum de vente à l'assuré social. À défaut de fixation d'un prix limite de vente, le prix est libre. Les aides auditives et les lunettes retenues dans les paniers "100 % Santé" ont, depuis respectivement 2019 et 2020, des prix limites de vente (PLV) que les professionnels s'engagent à respecter pour que les assurés puissent bénéficier d'un reste à charge nul sur ces équipements.
- (6) Plafonds réglementaires.

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/>)

# MGP

LA MUTUELLE DES FORCES DE SÉCURITÉ



#protegerceuxquiprotegent