

# ASSUR-BP SANTÉ PROFIL SOLO – Régime Général - Exemples de Remboursement<sup>1</sup> au 01/01/2024

Contrat d'assurance santé responsable <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)	Remboursement assurance maladie complémentaire (AMC)	Reste à charge	
<b>Hospitalisation</b>						
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	F1 : 0 €	F1 : Totalité de la dépense engagée	
				F2 : 45 € / jour		F2 à F4 : Selon la dépense engagée
				F3 : 55 € / jour		
				F4 : 70 € / jour		
<b>Séjours avec actes lourds</b>						
L'hôpital public inclut la rémunération des praticiens dans les frais de séjour, alors que leurs honoraires sont facturés séparément dans le secteur privé						
<b>Exemple d'une opération chirurgicale de la cataracte, en secteur privé</b>						
<b>Frais de séjour</b>	<b>Différent selon public/privé</b>	<b>BR</b>	<b>BR – 24 €</b>	<b>24 €</b>	<b>0 €</b>	
Frais de séjour en secteur privé	794,12 €	794,12 €	770,12 €	24 €	0 €	
<b>Honoraires médecins adhérents OPTAM ou OPTAM-CO</b>	<b>Dépassements maîtrisés</b>	<b>BR</b>	<b>100 % BR</b>	<b>Dépassement si prévu au contrat</b>	<b>Selon contrat</b>	
Opération en secteur privé : honoraires chirurgien	422 €	271,70 €	271,70 €	F1 : 0 €	F1 : 150.30 €	
				F2 : 0 €	F2 : 150.30 €	
				F3 : 150.30 €	F3 : 0 €	
				F4 : 150.30 €	F4 : 0 €	
<b>Honoraires médecins secteur 2 (non adhérents OPTAM ou OPTAM-CO)</b>	<b>Honoraires libres</b>	<b>BR</b>	<b>100 % BR</b>	<b>Dépassement si prévu au contrat (remboursement des dépassements plafonné à 100% BR)</b>	<b>Selon contrat</b>	
Opération en secteur privé : honoraires chirurgien	463 €	271,70 €	271,70 €	F1 : 0 €	F1 : 191.30 €	
				F2 : 0 €	F2 : 191.30 €	
				F3 : 135.85 €	F3 : 55.45 €	
				F4 : 191.30 €	F4 : 0 €	
<b>Séjours sans acte lourd</b>						
L'hôpital public inclut la rémunération des praticiens dans les frais de séjour, alors que leurs honoraires sont facturés séparément dans le secteur privé						
<b>Exemple d'un suivi d'une pneumonie ou pleurésie pour un patient de plus de 17 ans, en hôpital public</b>						
<b>Frais de séjour</b>	<b>Différent selon public/privé</b>	<b>BR</b>	<b>80 % BR</b>	<b>20 % BR</b>	<b>0 €</b>	
Frais de séjour en secteur public	3 344,37 €	3 344,37 €	2 675,50 €	668,87 €	0 €	

Contrat d'assurance santé responsable <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)	Remboursement assurance maladie complémentaire (AMC)	Reste à charge
<b>Soins courants</b>					
<b>Honoraires médecins secteur 1</b> (généralistes ou spécialistes)	<b>Tarif de convention</b>	<b>BR</b>	<b>70 % BR – 1 €<sup>5</sup></b>	<b>30 % BR</b>	<b>1 € de participation forfaitaire<sup>5</sup></b>
<i>Ex : consultation médecin traitant généraliste pour un patient de plus de 18 ans</i>	26,5 €	26,5 €	17,55 €	7,95 €	1 € de participation forfaitaire
<i>Ex : consultation pédiatre pour enfant de 2 à 6 ans</i>	33,5 €	33,5 €	23,45 €	10,05 €	0 €
<i>Ex : consultation médecin spécialiste pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie, obstétrique, ophtalmologie, dermatologie, etc...)</i>	31,5 €	31,5 €	21,05 €	9,45 €	1 € de participation forfaitaire
<b>Honoraires médecins adhérents OPTAM ou OPTAM-CO</b>	<b>Dépassements maîtrisés</b>	<b>BR</b>	<b>70 % BR – 1 €<sup>5</sup></b>	<b>30 % BR + dépassement si prévu au contrat</b>	<b>1 € de participation forfaitaire<sup>5</sup> plus dépassement selon contrat</b>
<i>Ex : consultation pédiatre pour enfant de 2 à 6 ans</i>	49 €	33,5€	23,45 €	Voir Garantés Santé Côté NOUS	Voir Garantés Santé Côté NOUS
<i>Ex : consultation médecin spécialiste pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie, obstétrique, ophtalmologie, dermatologie, etc...)</i>	52 €	31,5 €	21,05 €	F1 : 9.45 €	F1 : 1 € de participation forfaitaire + 20.50 € de dépassement
				F2 : 9.45 €	F2 : 1 € de participation forfaitaire + 20.50 € de dépassement
				F3 : 9.45 € + 20.50 €	F3 : 1 € de participation forfaitaire
				F4 : 9.45 € + 20.50 €	F4 : 1 € de participation forfaitaire
<b>Honoraires médecins secteur 2</b> (non adhérents OPTAM ou OPTAM-CO)	<b>Honoraires libres</b>	<b>BR</b>	<b>70% BR – 1€<sup>5</sup></b>	<b>30 % BR + dépassement si prévu au contrat (remboursement des dépassements plafonné à 100% BR)</b>	<b>1€ de participation forfaitaire<sup>5</sup> plus dépassement selon contrat</b>
<i>Ex : consultation pédiatre pour enfant de 2 à 16 ans</i>	64 €	23 €	16,1 €	Voir Garantés Santé Côté NOUS	Voir Garantés Santé Côté NOUS
<i>Ex : consultation médecin spécialiste pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie, obstétrique, ophtalmologie, dermatologie, etc...)</i>	65 €	23 €	15,1 €	F1 : 6.90 €	F1 : 1 € de participation forfaitaire + 42.00 € de dépassement
				F2 : 6.90 €	F2 : 1 € de participation forfaitaire + 42.20 € de dépassement
				F3 : 6.90 € + 11.50 €	F3 : 1 € de participation forfaitaire + 30.50 € de dépassement
				F4 : 6.90 € + 23.00 €	F4 : 1 € de participation forfaitaire + 20.00 € de dépassement

Contrat d'assurance santé responsable <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)	Remboursement assurance maladie complémentaire (AMC)	Reste à charge
<b>Matériel médical</b>	<b>Tarif moyen facturé</b>	<b>BR</b>	<b>60% BR</b>	<b>40 % BR + dépassement si prévu au contrat</b>	<b>Selon contrat</b>
<i>Ex : achat d'une paire de béquilles</i>	25,99 €	24,40 €	14,64 €	F1 : 9.76 €	F1 : 1.59 €
				F2 : 9.76 €	F2 : 1.59 €
				F3 : 9.76 € + 1.59 €	F3 : 0 €
				F4 : 9.76 € + 1.59 €	F4 : 0 €
<b>Dentaire</b>					
<b>Soins et prothèses 100% Santé</b>	<b>Honoraire limite de facturation (HLF)</b>	<b>BR</b>	<b>60% BR</b>	<b>40% BR + dépassement dans la limite du plafond des honoraires</b>	<b>0 €</b>
<i>Ex : pose d'une couronne céramo-métallique sur incisives, canines et premières prémolaires</i>	500 €	120 €	72 €	428 €	0 €
<b>Soins (hors 100% Santé)</b>	<b>Tarif de convention</b>	<b>BR</b>	<b>60% BR</b>	<b>40% BR + dépassement si prévu au contrat</b>	<b>Selon contrat</b>
<i>Ex : détartrage</i>	43,38 €	43,38 €	26,03 €	17,35 €	0 €
<b>Prothèses (hors 100% Santé)</b>	<b>Prix moyen national</b>	<b>BR</b>	<b>60% BR</b>	<b>40% BR + dépassement si prévu au contrat</b>	<b>Selon contrat</b>
<i>Ex : couronne céramo-métallique sur molaires</i>	554 €	120 €	72 €	F1 : 48 €	F1 : 434 €
				F2 : 48 € + 30 €	F2 : 404 €
				F3 : 48 € + 130 €	F3 : 304 €
				F4 : 48 € + 230 €	F4 : 204 €
<b>Orthodontie (moins de 16 ans)</b>	<b>Prix moyen national</b>	<b>BR</b>	<b>100 % BR</b>	<b>Dépassement si prévu au contrat</b>	<b>Selon contrat</b>
<i>Ex : traitement par semestre (6 max)</i>	720 €	193,50 €	193,50 €	Selon contrat	Selon contrat

Contrat d'assurance santé responsable <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)	Remboursement assurance maladie complémentaire (AMC)	Reste à charge
<b>Optique</b>					
<b>Équipement 100% Santé</b>	<b>Prix limite de vente (PLV)</b>	<b>BR</b>	<b>60 % BR</b>	<b>40 % BR + dépassement dans la limite des PLV<sup>4</sup></b>	<b>0 €</b>
<i>Ex : verres simples et monture</i>	42,5 € (par verre) + 30 € (monture)	12,75 € par verre + 9 €	7,65 € par verre + 5,40 €	34,85 € par verre + 24,60 €	0 €
<i>Ex : verres progressifs et monture</i>	90 € (par verre) + 30 € (monture)	27 € par verre + 9 €	16,20 € par verre + 5,40 €	73,80 € par verre + 24,60 €	0 €
<b>Équipement (hors 100% Santé)</b>	<b>Prix moyen national</b>	<b>BR</b>	<b>60 % BR</b>	<b>40 % BR + dépassement si prévu au contrat, dans la limite des plafonds réglementaires</b>	<b>Selon contrat</b>
<i>Ex : verres simples et monture</i>	107 € (par verre) + 142 € (monture)	0,05 € par verre + 0,05 €	0,03 € par verre + 0,03 €	F1 : 0.02 € par verre + 0.02 € monture	F1 : 355.85 €
				F2 : 0.02 € par verre + 25 € par verre + 0.02 € monture	F2 : 305.85 €
				F3 : 0.02 € par verre + 40 € par verre + 0.02 € monture + 70 € monture	F3 : 205.85 €
				F4 : 0.02 € par verre + 50 € par verre + 0.02 € monture + 90 € monture	F4 : 165.85 €
<i>Ex : verres progressifs et monture</i>	239 € (par verre) + 142 € (monture)	0,05 € par verre + 0,05 €	0,03 € par verre + 0,03 €	F1 : 0.02 € par verre + 0.02 € monture	F1 : 619.85 €
				F2 : 0.02 € par verre + 100 € par verre + 0.02 € monture	F2 : 419.85 €
				F3 : 0.02 € par verre + 110 € par verre + 0.02 € monture + 70 € monture	F3 : 329.85 €
				F4 : 0.02 € par verre + 120 € par verre + 0.02 € monture + 90 € monture	F4 : 289.85 €

Contrat d'assurance santé responsable <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)	Remboursement assurance maladie complémentaire (AMC)	Reste à charge
<b>Lentilles</b>	<b>Prix moyen national</b>	<b>Pas de prise en charge (dans le cas général)</b>	<b>Pas de prise en charge (dans le cas général)</b>	<b>Prise en charge si prévu au contrat</b>	<b>Selon contrat</b>
<i>Forfait annuel</i>	NC	<i>Non remboursé (dans le cas général)</i>	<i>Non remboursé (dans le cas général)</i>	F1 : Non pris en charge F2 : 70 € par an F3 : 100 € par an F4 : 150 € par an	Selon la formule et la dépense engagée
<b>Chirurgie réfractive</b>	<b>Prix moyen national</b>	<b>Non remboursé</b>	<b>Non remboursé</b>	<b>Prise en charge si prévu au contrat</b>	<b>Selon contrat</b>
<i>Ex : opération correctrice de la myopie</i>	NC	<i>Non remboursé</i>	<i>Non remboursé</i>	F1 : Non pris en charge F2 : 80 € par œil F3 : 150 € par œil F4 : 180 € par œil	Selon la formule et la dépense engagée
<b>Aides auditives</b>					
<b>Équipement 100% Santé</b>	<b>Prix limite de vente (PLV)</b>	<b>BR</b>	<b>60% BR</b>	<b>40% BR + dépassement dans la limite des PLV</b>	<b>0 €</b>
<i>Par oreille pour un patient de plus de 20 ans</i>	950 €	400 €	240 €	710 €	0 €
<b>Équipement (hors 100% Santé)</b>	<b>Prix moyen national</b>	<b>BR</b>	<b>60% BR</b>	<b>40% BR + dépassement si prévu au contrat, dans la limite des plafonds réglementaires</b>	<b>Selon contrat</b>
<i>Par oreille pour un patient de plus de 20 ans</i>	1 565 €	400 €	240 €	F1 : 160 €	F1 : 1 165 €
				F2 : 160 €	F2 : 1 165 €
				F3 : 160 € + 200 €	F3 : 965 €
				F4 : 160 € + 350 €	F4 : 815 €

- 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 : Prix limite de vente
- 5 : Pas de participation forfaitaire de 1€ pour les moins de 18 ans.

**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/>)**

Les hypothèses retenues pour la construction des exemples sont les suivantes : patient adulte, sans exonération du ticket modérateur, respectant le parcours de soins coordonnés, en Métropole, pour des soins à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2024.

Les exemples de remboursement et reste à charge présentés dans ce document correspondent à un assuré ASSUR-BP Santé et dépendent de la formule de garantie relatif à l'exemple concerné, après prise en charge du régime obligatoire.

Les garanties sont accordées dans les conditions et limites fixées au contrat. Toutes les situations ne pouvant être traitées dans ce document (bonus lié à l'ancienneté, consommation en cours des forfaits annuels...), les montants mentionnés ne sont donc pas contractuels et ne constituent pas un engagement sur le montant de remboursement auquel vous pouvez prétendre au titre de votre contrat ASSUR-BP Santé. En particulier, cet outil ne prend pas en compte l'éventuelle consommation de votre forfait optique dont la prise en charge est limitée, sauf cas particuliers, à un équipement tous les deux ans dans le cadre des contrats responsables.

Voir limites, conditions, exclusions et plafonds prévus dans la Notice d'information, le certificat d'adhésion et le cas échéant le Bulletin d'adhésion. Selon la formule choisie.

ASSUR-BP Santé est réservé aux assurés dont la résidence principale se situe en France métropolitaine (Corse incluse).

ASSUR-BP Santé est un contrat de BPCE Assurances IARD, Société Anonyme au capital de 61 996 212 euros, immatriculée au Registre du Commerce et des Sociétés de Paris, sous le numéro 350 663 860, entreprise régie par le Code des assurances ayant son siège social au 7, promenade Germaine Sablon – 75013 Paris. Distribué par les Banques Populaires et leurs banques affiliées et adossées.

Banque de Savoie - Société Anonyme au capital de 6 852 528 Euros - SIREN 745 520 411 RCS Chambéry - Intermédiaire d'Assurance N° ORIAS 07 019 393 - N°TVA Intracommunautaire FR 41745520411 - Identifiant unique REP Papiers n° FR232581\_03FWUB (BPCE – SIRET 493 455 042) -Siège social : 6 Boulevard du Théâtre – CS 82422 - 73024 Chambéry Cedex - [www.banque-de-savoie.fr](http://www.banque-de-savoie.fr)

BPCE - Société anonyme à directoire et conseil de surveillance au capital de 188 932 730 euros - Siège social : 7, promenade Germaine Sablon – 75013 Paris - RCS Paris N°493 455 042, intermédiaire d'assurance immatriculé à l'Orias sous le N° 08 045 100 ([www.orias.fr](http://www.orias.fr)).

Assisteuse : Prestations d'Assistance réalisées par IMA ASSURANCES, Société Anonyme au capital de 157 000 000 euros entièrement libéré, entreprise régie par le Code des assurances, dont le siège social est situé 118 avenue de Paris - CS 40 000 - 79 033 Niort Cedex 9, immatriculée au Registre du Commerce et des Sociétés de Niort sous le numéro 481.511.632.

# ASSUR-BP SANTÉ PROFIL FAMILLE – Régime Général - Exemples de Remboursement<sup>1</sup> au 01/01/2024

Contrat d'assurance santé responsable <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)	Remboursement assurance maladie complémentaire (AMC)	Reste à charge
<b>Hospitalisation</b>					
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	F1 : 0 €	F1 : Totalité de la dépense engagée
				F2 : 45 € / jour	F2 à F4 : Selon la dépense engagée
				F3 : 65 € / jour	
				F4 : 75 € / jour	
<b>Séjours avec actes lourds</b>					
L'hôpital public inclut la rémunération des praticiens dans les frais de séjour, alors que leurs honoraires sont facturés séparément dans le secteur privé					
<b>Exemple d'une opération chirurgicale de la cataracte, en secteur privé</b>					
<b>Frais de séjour</b>	<b>Différent selon public/privé</b>	<b>BR</b>	<b>BR – 24 €</b>	<b>24 €</b>	<b>0 €</b>
Frais de séjour en secteur privé	794,12 €	794,12 €	770,12 €	24 €	0 €
<b>Honoraires médecins adhérents OPTAM ou OPTAM-CO</b>	<b>Dépassements maîtrisés</b>	<b>BR</b>	<b>100 % BR</b>	<b>Dépassement si prévu au contrat</b>	<b>Selon contrat</b>
Opération en secteur privé : honoraires chirurgien	422 €	271,70 €	271,70 €	F1 : 0 €	F1 : 150.30 €
				F2 : 150.30 €	F2 : 0 €
				F3 : 150.30 €	F3 : 0 €
				F4 : 150.30 €	F4 : 0 €
<b>Honoraires médecins secteur 2 (non adhérents OPTAM ou OPTAM-CO)</b>	<b>Honoraires libres</b>	<b>BR</b>	<b>100 % BR</b>	<b>Dépassement si prévu au contrat (remboursement des dépassements plafonné à 100% BR)</b>	<b>Selon contrat</b>
Opération en secteur privé : honoraires chirurgien	463€	271,70 €	271,70€	F1 : 0 €	F1 : 191.30 €
				F2 : 135.85 €	F2 : 55.45 €
				F3 : 191.30 €	F3 : 0 €
				F4 : 191.30 €	F4 : 0 €
<b>Séjours sans acte lourd</b>					
L'hôpital public inclut la rémunération des praticiens dans les frais de séjour, alors que leurs honoraires sont facturés séparément dans le secteur privé					
<b>Exemple d'un suivi d'une pneumonie ou pleurésie pour un patient de plus de 17 ans, en hôpital public</b>					
<b>Frais de séjour</b>	<b>Différent selon public/privé</b>	<b>BR</b>	<b>80 % BR</b>	<b>20 % BR</b>	<b>0 €</b>
Frais de séjour en secteur public	3 344,37 €	3 344,37 €	2 675,50 €	668,87 €	0 €

Contrat d'assurance santé responsable <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)	Remboursement assurance maladie complémentaire (AMC)	Reste à charge
<b>Soins courants</b>					
<b>Honoraires médecins secteur 1 (généralistes ou spécialistes)</b>	<b>Tarif de convention</b>	<b>BR</b>	<b>70 % BR – 1 €<sup>5</sup></b>	<b>30 % BR</b>	<b>1 € de participation forfaitaire<sup>5</sup></b>
<i>Ex : consultation médecin traitant généraliste pour un patient de plus de 18 ans</i>	26,5 €	26,5 €	17,55 €	7,95 €	1 € de participation forfaitaire
<i>Ex : consultation pédiatre pour enfant de 2 à 6 ans</i>	33,5 €	33,5 €	23,45 €	10,05 €	0 €
<i>Ex : consultation médecin spécialiste pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie, obstétrique, ophtalmologie, dermatologie, etc...)</i>	31,5 €	31,5 €	21,05 €	9,45 €	1 € de participation forfaitaire
<b>Honoraires médecins adhérents OPTAM ou OPTAM-CO</b>	<b>Dépassements maîtrisés</b>	<b>BR</b>	<b>70 % BR – 1 €<sup>5</sup></b>	<b>30 % BR + dépassement si prévu au contrat</b>	<b>1 € de participation forfaitaire<sup>5</sup> plus dépassement selon contrat</b>
<i>Ex : consultation pédiatre pour enfant de 2 à 6 ans</i>	49 €	33,5 €	23,45 €	F1 : 10,05 €	F1 : 15.50 € de dépassement
				F2 : 10.05 €	F2 : 15.50 € de dépassement
				F3 : 10.05 € + 15.50 €	F3 : 0 €
				F4 : 10.05 € + 15.50 €	F4 : 0 €
<i>Ex : consultation médecin spécialiste pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie, obstétrique, ophtalmologie, dermatologie, etc...)</i>	52 €	31,5 €	21,05€	F1 : 9.45 €	F1 : 1 € de participation forfaitaire + 20.50 € de dépassement
				F2 : 9.45 €	F2 : 1 € de participation forfaitaire + 20.50 € de dépassement
				F3 : 9.45 € + 20.50 €	F3 : 1 € de participation forfaitaire
				F4 : 9.45 € + 20.50 €	F4 : 1 € de participation forfaitaire
<b>Honoraires médecins secteur 2 (non adhérents OPTAM ou OPTAM-CO)</b>	<b>Honoraires libres</b>	<b>BR</b>	<b>70% BR – 1€<sup>5</sup></b>	<b>30 % BR + dépassement si prévu au contrat (remboursement des dépassements plafonné à 100% BR)</b>	<b>1€ de participation forfaitaire<sup>5</sup> plus dépassement selon contrat</b>
<i>Ex : consultation pédiatre pour enfant de 2 à 16 ans</i>	64 €	23 €	16,1 €	F1 : 6.90 €	F1 : 41 € de dépassement
				F2 : 6.90 €	F2 : 41 € de dépassement
				F3 : 6.90 € + 11.50 €	F3 : 29.50 € de dépassement
				F4 : 6.90 € + 23 €	F4 : 18 € de dépassement

Contrat d'assurance santé responsable <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)	Remboursement assurance maladie complémentaire (AMC)	Reste à charge
<b>Honoraires médecins secteur 2</b> (non adhérents OPTAM ou OPTAM-CO)	<b>Honoraires libres</b>	<b>BR</b>	<b>70% BR – 1€<sup>5</sup></b>	<b>30 % BR + dépassement si prévu au contrat (remboursement des dépassements plafonné à 100% BR)</b>	<b>1€ de participation forfaitaire<sup>5</sup> plus dépassement selon contrat</b>
<i>Ex : consultation médecin spécialiste pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie, obstétrique, ophtalmologie, dermatologie, etc...)</i>	65 €	23 €	15,1 €	F1 : 6.90 €	F1 : 1 € de participation forfaitaire + 42 € de dépassement
				F2 : 6.90 €	F2 : 1 € de participation forfaitaire + 42 € de dépassement
				F3 : 6.90 € + 11.50 €	F3 : 1 € de participation forfaitaire + 30.50 € de dépassement
				F4 : 6.90 € + 23.00 €	F4 : 1 € de participation forfaitaire + 19 € de dépassement
<b>Matériel médical</b>	<b>Tarif moyen facturé</b>	<b>BR</b>	<b>60% BR</b>	<b>40 % BR + dépassement si prévu au contrat</b>	<b>Selon contrat</b>
<i>Ex : achat d'une paire de béquilles</i>	25,99 €	24,40 €	14,64 €	F1 : 9.76 €	F1 : 1.59 €
				F2 : 9.76 €	F2 : 1.59 €
				F3 : 9.76 € + 1.59 €	F3 : 0 €
				F4 : 9.76 € + 1.59 €	F4 : 0 €
<b>Dentaire</b>					
<b>Soins et prothèses 100% santé</b>	<b>Honoraire limite de facturation (HLF)</b>	<b>BR</b>	<b>60% BR</b>	<b>40% BR + dépassement dans la limite du plafond des honoraires</b>	<b>0 €</b>
<i>Ex : pose d'une couronne céramo-métallique sur incisives, canines et premières prémolaires</i>	500 €	120 €	72 €	428 €	0 €
<b>Soins (hors 100% santé)</b>	<b>Tarif de convention</b>	<b>BR</b>	<b>60% BR</b>	<b>40% BR + dépassement si prévu au contrat</b>	<b>Selon contrat</b>
<i>Ex : détartrage</i>	43,38 €	43,38 €	26,03€	17,35 €	0 €
<b>Prothèses (hors 100% santé)</b>	<b>Prix moyen national</b>	<b>BR</b>	<b>60% BR</b>	<b>40% BR + dépassement si prévu au contrat</b>	<b>Selon contrat</b>
<i>Ex : couronne céramo-métallique sur molaires</i>	554 €	120 €	72 €	F1 : 48 € + 30 €	F1 : 404 €
				F2 : 48 € + 150 €	F2 : 284 €
				F3 : 48 € + 250 €	F3 : 184 €
				F4 : 48 € + 380 €	F4 : 54 €
<b>Orthodontie (moins de 16 ans)</b>	<b>Prix moyen national</b>	<b>BR</b>	<b>100 % BR</b>	<b>Dépassement si prévu au contrat</b>	<b>Selon contrat</b>
<i>Ex : traitement par semestre (6 max)</i>	720 €	193,50 €	193,50 €	F1 : 96.50 €	F1 : 430 €
				F2 : 196.50 €	F2 : 330 €
				F3 : 346.50 €	F3 : 180 €
				F4 : 496.50 €	F4 : 30 €

Contrat d'assurance santé responsable <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)	Remboursement assurance maladie complémentaire (AMC)	Reste à charge
<b>Optique</b>					
<b>Équipement 100% santé</b>	<b>Prix limite de vente (PLV)</b>	<b>BR</b>	<b>60 % BR</b>	<b>40 % BR + dépassement dans la limite des PLV<sup>4</sup></b>	<b>0 €</b>
<i>Ex : verres simples et monture</i>	42,5 € (par verre) + 30 € (monture)	12,75 € par verre + 9 €	7,65 € par verre + 5,40€	34,85 € par verre + 24,60 €	0 €
<i>Ex : verres progressifs et monture</i>	90 € (par verre) + 30 € (monture)	27 € par verre + 9 €	16,20 € par verre + 5,40 €	73,80 € par verre + 24,60 €	0 €
<b>Équipement (hors 100% santé)</b>	<b>Prix moyen national</b>	<b>BR</b>	<b>60 % BR</b>	<b>40 % BR + dépassement si prévu au contrat, dans la limite des plafonds réglementaires</b>	<b>Selon contrat</b>
<i>Ex : verres simples et monture</i>	107 € (par verre) + 142 € (monture)	0,05 € par verre + 0,05 €	0,03 € par verre + 0,03 €	F1 : 0.02 € par verre + 0.02 € monture	F1 : 355.85 €
				F2 : 0.02 € par verre + 50 € par verre + 0.02 € monture	F2 : 255.85 €
				F3 : 0.02 € par verre + 60 € par verre + 0.02 € monture + 80 € monture	F3 : 155.85 €
				F4 : 0.02 € par verre + 70 € par verre + 0.02 € monture + 99.95 € monture	F4 : 115.90 €
<i>Ex : verres progressifs et monture</i>	239 € (par verre) + 142 € (monture)	0,05 € par verre + 0,05 €	0,03 € par verre + 0,03 €	F1 : 0.02 € par verre + 0.02 € monture	F1 : 619.85 €
				F2 : 0.02 € par verre + 100 € par verre + 0.02 € monture	F2 : 419.85 €
				F3 : 0.02 € par verre + 110 € par verre + 0.02 € monture + 80 € monture	F3 : 319.85 €
				F4 : 0.02 € par verre + 130 € par verre + 0.02 € monture + 99.95 € monture	F4 : 259.85 €

Contrat d'assurance santé responsable <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)	Remboursement assurance maladie complémentaire (AMC)	Reste à charge
<b>Lentilles</b>	<b>Prix moyen national</b>	<b>Pas de prise en charge (dans le cas général)</b>	<b>Pas de prise en charge (dans le cas général)</b>	<b>Prise en charge si prévu au contrat</b>	<b>Selon contrat</b>
<i>Forfait annuel</i>	<i>NC</i>	<i>Non remboursé (dans le cas général)</i>	<i>Non remboursé (dans le cas général)</i>	F1 : Non pris en charge F2 : 70 € par an F3 : 100 € par an F4 : 150 € par an	Selon la formule et la dépense engagée
<b>Chirurgie réfractive</b>	<b>Prix moyen national</b>	<b>Non remboursé</b>	<b>Non remboursé</b>	<b>Prise en charge si prévu au contrat</b>	<b>Selon contrat</b>
<i>Ex : opération correctrice de la myopie</i>	<i>NC</i>	<i>Non remboursé</i>	<i>Non remboursé</i>	F1 : Non pris en charge F2 : 100 € par œil F3 : 150 € par œil F4 : 200 € par œil	Selon la formule et la dépense engagée
<b>Aides auditives</b>					
<b>Équipement 100% santé</b>	<b>Prix limite de vente (PLV)</b>	<b>BR</b>	<b>60% BR</b>	<b>40% BR + dépassement dans la limite des PLV</b>	<b>0 €</b>
<i>Par oreille pour un patient de plus de 20 ans</i>	<i>950 €</i>	<i>400 €</i>	<i>240 €</i>	<i>710 €</i>	<i>0 €</i>
<b>Équipement (hors 100% santé)</b>	<b>Prix moyen national</b>	<b>BR</b>	<b>60% BR</b>	<b>40% BR + dépassement si prévu au contrat, dans la limite des plafonds réglementaires</b>	<b>Selon contrat</b>
<i>Par oreille pour un patient de plus de 20 ans</i>	<i>1 565 €</i>	<i>400 €</i>	<i>240 €</i>	F1 : 160 €	F1 : 1 165 €
				F2 : 160 €	F2 : 1 165 €
				F3 : 160 € + 300 €	F3 : 865 €
				F4 : 160 € + 500 €	F4 : 665 €

- 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 : Prix limite de vente
- 5 : Pas de participation forfaitaire de 1€ pour les moins de 18 ans.

**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/>)**

Les hypothèses retenues pour la construction des exemples sont les suivantes : patient adulte, sans exonération du ticket modérateur, respectant le parcours de soins coordonnés, en Métropole, pour des soins à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2024.

Les exemples de remboursement et reste à charge présentés dans ce document correspondent à un assuré ASSUR-BP Santé et dépendent de la formule de garantie relatif à l'exemple concerné, après prise en charge du régime obligatoire.

Les garanties sont accordées dans les conditions et limites fixées au contrat. Toutes les situations ne pouvant être traitées dans ce document (bonus lié à l'ancienneté, consommation en cours des forfaits annuels...), les montants mentionnés ne sont donc pas contractuels et ne constituent pas un engagement sur le montant de remboursement auquel vous pouvez prétendre au titre de votre contrat ASSUR-BP Santé. En particulier, cet outil ne prend pas en compte l'éventuelle consommation de votre forfait optique dont la prise en charge est limitée, sauf cas particuliers, à un équipement tous les deux ans dans le cadre des contrats responsables.

Voir limites, conditions, exclusions et plafonds prévus dans la Notice d'information, le certificat d'adhésion et le cas échéant le Bulletin d'adhésion. Selon la formule choisie.

ASSUR-BP Santé est réservé aux assurés dont la résidence principale se situe en France métropolitaine (Corse incluse).

ASSUR-BP Santé est un contrat de BPCE Assurances IARD, Société Anonyme au capital de 61 996 212 euros, immatriculée au Registre du Commerce et des Sociétés de Paris, sous le numéro 350 663 860, entreprise régie par le Code des assurances ayant son siège social au 7, promenade Germaine Sablon – 75013 Paris. Distribué par les Banques Populaires et leurs banques affiliées et adossées.

Banque de Savoie - Société Anonyme au capital de 6 852 528 Euros - SIREN 745 520 411 RCS Chambéry - Intermédiaire d'Assurance N° ORIAS 07 019 393 - N°TVA Intracommunautaire FR 41745520411 - Identifiant unique REP Papiers n° FR232581\_03FWUB (BPCE – SIRET 493 455 042) -Siège social : 6 Boulevard du Théâtre – CS 82422 - 73024 Chambéry Cedex - [www.banque-de-savoie.fr](http://www.banque-de-savoie.fr)

BPCE - Société anonyme à directoire et conseil de surveillance au capital de 188 932 730 euros - Siège social : 7, promenade Germaine Sablon – 75013 Paris - RCS Paris N°493 455 042, intermédiaire d'assurance immatriculé à l'Orias sous le N° 08 045 100 ([www.orias.fr](http://www.orias.fr)).

Assisteur : Prestations d'Assistance réalisées par IMA ASSURANCES, Société Anonyme au capital de 157 000 000 euros entièrement libéré, entreprise régie par le Code des assurances, dont le siège social est situé 118 avenue de Paris - CS 40 000 - 79 033 Niort Cedex 9, immatriculée au Registre du Commerce et des Sociétés de Niort sous le numéro 481.511.632.

# ASSUR-BP SANTÉ PROFIL MASTER – Régime Général - Exemples de Remboursement<sup>1</sup> au 01/01/2024

Contrat d'assurance santé responsable <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)	Remboursement assurance maladie complémentaire (AMC)	Reste à charge	
<b>Hospitalisation</b>						
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	F1 : 0 €	F1 : Totalité de la dépense engagée	
				F2 : 40 € / jour		F2 à F4 : Selon la dépense engagée
				F3 : 60 € / jour		
				F4 : 80 € / jour		
<b>Séjours avec actes lourds</b>						
L'hôpital public inclut la rémunération des praticiens dans les frais de séjour, alors que leurs honoraires sont facturés séparément dans le secteur privé						
<b>Exemple d'une opération chirurgicale de la cataracte, en secteur privé</b>						
<b>Frais de séjour</b>	<b>Différent selon public/privé</b>	<b>BR</b>	<b>BR – 24 €</b>	<b>24 €</b>	<b>0 €</b>	
Frais de séjour en secteur privé	794,12 €	794,12 €	770,12 €	24 €	0 €	
<b>Honoraires médecins adhérents OPTAM ou OPTAM-CO</b>	<b>Dépassements maîtrisés</b>	<b>BR</b>	<b>100 % BR</b>	<b>Dépassement si prévu au contrat</b>	<b>Selon contrat</b>	
Opération en secteur privé : honoraires chirurgien	422 €	271,70 €	271,70 €	F1 : 0 €	F1 : 150.30 €	
				F2 : 150.30 €	F2 : 0 €	
				F3 : 150.30 €	F3 : 0 €	
				F4 : 150.30 €	F4 : 0 €	
<b>Honoraires médecins secteur 2 (non adhérents OPTAM ou OPTAM-CO)</b>	<b>Honoraires libres</b>	<b>BR</b>	<b>100 % BR</b>	<b>Dépassement si prévu au contrat (remboursement des dépassements plafonné à 100% BR)</b>	<b>Selon contrat</b>	
Opération en secteur privé : honoraires chirurgien	463 €	271,70 €	271,70 €	F1 : 0 €	F1 : 191.30 €	
				F2 : 135.85 €	F2 : 55.45 €	
				F3 : 191.30 €	F3 : 0 €	
				F4 : 191.30 €	F4 : 0 €	
<b>Séjours sans acte lourd</b>						
L'hôpital public inclut la rémunération des praticiens dans les frais de séjour, alors que leurs honoraires sont facturés séparément dans le secteur privé						
<b>Exemple d'un suivi d'une pneumonie ou pleurésie pour un patient de plus de 17 ans, en hôpital public</b>						
<b>Frais de séjour</b>	<b>Différent selon public/privé</b>	<b>BR</b>	<b>80 % BR</b>	<b>20 % BR</b>	<b>0 €</b>	
Frais de séjour en secteur public	3 344,37 €	3 344,37 €	2 675,50 €	668,87 €	0 €	

Contrat d'assurance santé responsable <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)	Remboursement assurance maladie complémentaire (AMC)	Reste à charge
<b>Soins courants</b>					
<b>Honoraires médecins secteur 1 (généralistes ou spécialistes)</b>	<b>Tarif de convention</b>	<b>BR</b>	<b>70 % BR – 1 €<sup>5</sup></b>	<b>30 % BR</b>	<b>1 € de participation forfaitaire<sup>5</sup></b>
<i>Ex : consultation médecin traitant généraliste pour un patient de plus de 18 ans</i>	26,5 €	26,5 €	17,55 €	7,95 €	1 € de participation forfaitaire
<i>Ex : consultation pédiatre pour enfant de 2 à 6 ans</i>	33,5 €	33,5 €	23,45 €	10,05 €	0 €
<i>Ex : consultation médecin spécialiste pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie, obstétrique, ophtalmologie, dermatologie, etc...)</i>	31,5 €	31,5 €	21,05 €	9,45 €	1 € de participation forfaitaire
<b>Honoraires médecins adhérents OPTAM ou OPTAM-CO</b>	<b>Dépassements maîtrisés</b>	<b>BR</b>	<b>70 % BR – 1 €<sup>5</sup></b>	<b>30 % BR + dépassement si prévu au contrat</b>	<b>1 € de participation forfaitaire<sup>5</sup> plus dépassement selon contrat</b>
<i>Ex : consultation pédiatre pour enfant de moins de 2 à 6 ans</i>	49 €	33,5 €	23,45 €	Voir Garantés Santé Côté NOUS	Voir Garantés Santé Côté NOUS
<i>Ex : consultation médecin spécialiste pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie, obstétrique, ophtalmologie, dermatologie, etc...)</i>	52 €	31,5 €	21,05 €	F1 : 9.45 €	F1 : 1 € de participation forfaitaire + 20.50 € de dépassement
				F2 : 9.45 € + 20.50 €	F2 : 1 € de participation forfaitaire
				F3 : 9.45 € + 20.50 €	F3 : 1 € de participation forfaitaire
				F4 : 9.45 € + 20.50 €	F4 : 1 € de participation forfaitaire
<b>Honoraires médecins secteur 2 (non adhérents OPTAM ou OPTAM-CO)</b>	<b>Honoraires libres</b>	<b>BR</b>	<b>70% BR – 1€<sup>5</sup></b>	<b>30 % BR + dépassement si prévu au contrat (remboursement des dépassements plafonné à 100% BR)</b>	<b>1€ de participation forfaitaire<sup>5</sup> plus dépassement selon contrat</b>
<i>Ex : consultation pédiatre pour enfant de 2 à 16 ans</i>	64 €	23 €	16,1 €	Voir Garantés Santé Côté NOUS	Voir Garantés Santé Côté NOUS
<i>Ex : consultation médecin spécialiste pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie, obstétrique, ophtalmologie, dermatologie, etc...)</i>	65 €	23 €	15,1 €	F1 : 6.90 €	F1 : 1 € de participation forfaitaire + 42 € de dépassement
				F2 : 6.90 € + 11.50 €	F2 : 1 € de participation forfaitaire + 30.50 € de dépassement
				F3 : 6.90 € + 23 €	F3 : 1 € de participation forfaitaire + 19€ de dépassement
				F4 : 6.90 € + 23 €	F4 : 1 € de participation forfaitaire + 19 € de dépassement

Contrat d'assurance santé responsable <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)	Remboursement assurance maladie complémentaire (AMC)	Reste à charge
<b>Matériel médical</b>	<b>Tarif moyen facturé</b>	<b>BR</b>	<b>60% BR</b>	<b>40 % BR + dépassement si prévu au contrat</b>	<b>Selon contrat</b>
<i>Ex : achat d'une paire de béquilles</i>	25,99 €	24,40 €	14,64 €	F1 : 9.76 €	F1 : 1.59 €
				F2 : 9.76 € + 1.59 €	F2 : 0 €
				F3 : 9.76 € + 1.59 €	F3 : 0 €
				F4 : 9.76 € + 1.59 €	F4 : 0 €
<b>Dentaire</b>					
<b>Soins et prothèses 100% santé</b>	<b>Honoraire limite de facturation (HLF)</b>	<b>BR</b>	<b>60% BR</b>	<b>40% BR + dépassement dans la limite du plafond des honoraires</b>	<b>0 €</b>
<i>Ex : pose d'une couronne céramo-métallique sur incisives, canines et premières prémolaires</i>	500 €	120 €	72 €	428 €	0 €
<b>Soins (hors 100% santé)</b>	<b>Tarif de convention</b>	<b>BR</b>	<b>60% BR</b>	<b>40% BR + dépassement si prévu au contrat</b>	<b>Selon contrat</b>
<i>Ex : détartrage</i>	43,38 €	43,38 €	26,03 €	17,35 €	0 €
<b>Prothèses (hors 100% santé)</b>	<b>Prix moyen national</b>	<b>BR</b>	<b>60% BR</b>	<b>40% BR + dépassement si prévu au contrat</b>	<b>Selon contrat</b>
<i>Ex : couronne céramo-métallique sur molaires</i>	554 €	120 €	72 €	F1 : 48 € + 30 €	F1 : 404 €
				F2 : 48 € + 150 €	F2 : 284 €
				F3 : 48 € + 280 €	F3 : 154 €
				F4 : 48 € + 430 €	F4 : 4 €
<b>Orthodontie (moins de 16 ans)</b>	<b>Prix moyen national</b>	<b>BR</b>	<b>100 % BR</b>	<b>Dépassement si prévu au contrat</b>	<b>Selon contrat</b>
<i>Ex : traitement par semestre (6 max)</i>	720 €	193,50 €	193,50 €	Selon contrat	Selon contrat

Contrat d'assurance santé responsable <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)	Remboursement assurance maladie complémentaire (AMC)	Reste à charge
<b>Optique</b>					
<b>Équipement 100% santé</b>	<b>Prix limite de vente (PLV)</b>	<b>BR</b>	<b>60 % BR</b>	<b>40 % BR + dépassement dans la limite des PLV<sup>4</sup></b>	<b>0 €</b>
<i>Ex : verres simples et monture</i>	42,5 € (par verre) + 30 € (monture)	12,75 € par verre + 9 €	7,65 € par verre + 5,40 €	34,85 € par verre + 24,60 €	0 €
<i>Ex : verres progressifs et monture</i>	90 € (par verre) + 30 € (monture)	27 € par verre + 9 €	16,20 € par verre + 5,40 €	73,80 € par verre + 24,60 €	0 €
<b>Équipement (hors 100% santé)</b>	<b>Prix moyen national</b>	<b>BR</b>	<b>60 % BR</b>	<b>40 % BR + dépassement si prévu au contrat, dans la limite des plafonds réglementaires</b>	<b>Selon contrat</b>
<i>Ex : verres simples et monture</i>	107 € (par verre) + 142 € (monture)	0,05 € par verre + 0,05 €	0,03 € par verre + 0,03 €	F1 : 0.02 € par verre + 25 € par verre + 0.02 € monture	F1 : 305.85 €
				F2 : 0.02 € par verre + 50 € par verre + 0.02 € monture + 70 € monture	F2 : 185.85 €
				F3 : 0.02 € par verre + 80 € par verre + 0.02 € monture + 90 € monture	F3 : 105.85 €
				F4 : 0.02 € par verre + 110 € par verre + 0.02 € monture + 99.95 € monture	F4 : 42 €
<i>Ex : verres progressifs et monture</i>	239 € (par verre) + 142 € (monture)	0,05 € par verre + 0,05 €	0,03 € par verre + 0,03 €	F1 : 0.02 € par verre + 100 € par verre + 0.02 € monture	F1 : 419.85 €
				F2 : 0.02 € par verre + 110 € par verre + 0.02 € monture + 70 € monture	F2 : 329.85 €
				F3 : 0.02 € par verre + 130 € par verre + 0.02 € monture + 90 € monture	F3 : 269.85 €
				F4 : 0.02 € par verre + 150 € par verre + 0.02 € monture + 99.95 € monture	F4 : 219.90 €

Contrat d'assurance santé responsable <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)	Remboursement assurance maladie complémentaire (AMC)	Reste à charge
<b>Lentilles</b>	<b>Prix moyen national</b>	<b>Pas de prise en charge (dans le cas général)</b>	<b>Pas de prise en charge (dans le cas général)</b>	<b>Prise en charge si prévu au contrat</b>	<b>Selon contrat</b>
<i>Forfait annuel</i>	NC	<i>Non remboursé (dans le cas général)</i>	<i>Non remboursé (dans le cas général)</i>	F1 : Non pris en charge F2 : 70 € par an F3 : 100 € par an F4 : 140 € par an	Selon la formule et la dépense engagée
<b>Chirurgie réfractive</b>	<b>Prix moyen national</b>	<b>Non remboursé</b>	<b>Non remboursé</b>	<b>Prise en charge si prévu au contrat</b>	<b>Selon contrat</b>
<i>Ex : opération correctrice de la myopie</i>	NC	<i>Non remboursé</i>	<i>Non remboursé</i>	Non remboursé	Totalité de la dépense engagée
<b>Aides auditives</b>					
<b>Équipement 100% santé</b>	<b>Prix limite de vente (PLV)</b>	<b>BR</b>	<b>60% BR</b>	<b>40% BR + dépassement dans la limite des PLV</b>	<b>0 €</b>
<i>Par oreille pour un patient de plus de 20 ans</i>	950 €	400 €	240 €	710 €	0 €
<b>Équipement (hors 100% santé)</b>	<b>Prix moyen national</b>	<b>BR</b>	<b>60% BR</b>	<b>40% BR + dépassement si prévu au contrat, dans la limite des plafonds réglementaires</b>	<b>Selon contrat</b>
<i>Par oreille pour un patient de plus de 20 ans</i>	1 565 €	400 €	240 €	F1 : 160 €	F1 : 1 165 €
				F2 : 160 € + 250 €	F2 : 915 €
				F3 : 160 € + 400 €	F3 : 765 €
				F4 : 160 € + 600 €	F4 : 565 €

- 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 : Prix limite de vente
- 5 : Pas de participation forfaitaire de 1€ pour les moins de 18 ans.

**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/>)**

Les hypothèses retenues pour la construction des exemples sont les suivantes : patient adulte, sans exonération du ticket modérateur, respectant le parcours de soins coordonnés, en Métropole, pour des soins à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2024.

Les exemples de remboursement et reste à charge présentés dans ce document correspondent à un assuré ASSUR-BP Santé et dépendent de la formule de garantie relatif à l'exemple concerné, après prise en charge du régime obligatoire.

Les garanties sont accordées dans les conditions et limites fixées au contrat. Toutes les situations ne pouvant être traitées dans ce document (bonus lié à l'ancienneté, consommation en cours des forfaits annuels...), les montants mentionnés ne sont donc pas contractuels et ne constituent pas un engagement sur le montant de remboursement auquel vous pouvez prétendre au titre de votre contrat ASSUR-BP Santé. En particulier, cet outil ne prend pas en compte l'éventuelle consommation de votre forfait optique dont la prise en charge est limitée, sauf cas particuliers, à un équipement tous les deux ans dans le cadre des contrats responsables.

Voir limites, conditions, exclusions et plafonds prévus dans la Notice d'information, le certificat d'adhésion et le cas échéant le Bulletin d'adhésion. Selon la formule choisie.

ASSUR-BP Santé est réservé aux assurés dont la résidence principale se situe en France métropolitaine (Corse incluse).

ASSUR-BP Santé est un contrat de BPCE Assurances IARD, Société Anonyme au capital de 61 996 212 euros, immatriculée au Registre du Commerce et des Sociétés de Paris, sous le numéro 350 663 860, entreprise régie par le Code des assurances ayant son siège social au 7, promenade Germaine Sablon – 75013 Paris. Distribué par les Banques Populaires et leurs banques affiliées et adossées.

Banque de Savoie - Société Anonyme au capital de 6 852 528 Euros - SIREN 745 520 411 RCS Chambéry - Intermédiaire d'Assurance N° ORIAS 07 019 393 - N°TVA Intracommunautaire FR 41745520411 - Identifiant unique REP Papiers n° FR232581\_03FWUB (BPCE – SIRET 493 455 042) -Siège social : 6 Boulevard du Théâtre – CS 82422 - 73024 Chambéry Cedex - [www.banque-de-savoie.fr](http://www.banque-de-savoie.fr)

BPCE - Société anonyme à directoire et conseil de surveillance au capital de 188 932 730 euros - Siège social : 7, promenade Germaine Sablon – 75013 Paris - RCS Paris N°493 455 042, intermédiaire d'assurance immatriculé à l'Orias sous le N° 08 045 100 ([www.orias.fr](http://www.orias.fr)).

Assisteur : Prestations d'Assistance réalisées par IMA ASSURANCES, Société Anonyme au capital de 157 000 000 euros entièrement libéré, entreprise régie par le Code des assurances, dont le siège social est situé 118 avenue de Paris - CS 40 000 - 79 033 Niort Cedex 9, immatriculée au Registre du Commerce et des Sociétés de Niort sous le numéro 481.511.632.